Fronteras y salud en América Latina:

Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva



René Leyva Flores
Germán Guerra y Guerra

EDITORES


Instituto Nacional de Salud Pública







FRONTERAS Y SALUD EN AMÉRICA LATINA: MIGRACIÓN, VIH-SIDA, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fronteras y salud en América Latina:

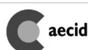
Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva



René Leyva Flores
Germán Guerra y Guerra
EDITORES


Instituto Nacional de Salud Pública







Fronteras y salud en América Latina:
Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva

Primera edición, 2011

Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-010-3
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Iniciativa Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de VIH/SIDA y de Violencia Sexual de Mujeres y Jóvenes Migrantes en cinco fronteras de América Latina y el Caribe desarrollada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Identificación del Plan de Trabajo (código ATLAS):
RLA6P41A, RLA6R41A:
"Entidades regionales fortalecidas para abogar por y demandar mejoras en los servicios de prevención de ITS/VIH en mujeres, jóvenes y grupos vulnerables, incluida la transmisión del VIH de madre a hijo/a (TMH)"

Coordinación editorial: Víctor Becerril Montekio

AUTORES

Prólogo
Marcela Suazo
Directora Regional para América Latina y el Caribe
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Introducción
René Leyva Flores[1]
Frida Quintino[2]
Luis Mora[3]
[1]*Centro de Investigación en Sistemas de Salud*
Instituto Nacional de Salud Pública México
[2]*Universidad Autónoma de la Ciudad de México y co-investigadora de Proyecto*
[3]*Fondo de Población de las Naciones Unidas*

Argentina
Marcela Cerrutti[1]
Pablo Ceriani[2]
Sergio Maulen[3]
[1]*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina. Centro de Estudios de Población*
[2]*Universidad Nacional de Lanús*
[3]*Asesor en VIH-SIDA*
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Argentina

Bolivia
Antonio Gómez Vargas
Oficial Nacional de Programa en Población y Desarrollo
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bolivia

Colombia
Martha Lucia Rubio Mendoza
Asesora en VIH- SIDA
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Colombia
Erika Yamile Oliva Basante
Coordinadora de la Oficina
Fondo de Población de las Naciones Unidas. Nariño, Colombia

Ecuador
Soledad Guayasamín
Asesora Nacional de VIH-SIDA
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ecuador

Costa Rica
Óscar Valverde Cerros
Oficial de Programa en Salud Reproductiva
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Costa Rica
Gabriela Richard Rodríguez
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Costa Rica
Adilia Eva Solís Reyes
Fundación Centro de Derechos Sociales de la Persona Migrante (CENDEROS)

Nicaragua
Karla Aburto Hernández
Asesora de VIH-SIDA
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nicaragua
Alba Alvarado Largaespada
Rosario Cuadra Fernández
Graciella Marsal de Varona
Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS)

Guatemala
Silvia Negreros
Oficial de Programa Población y Desarrollo
Fondo de Población de las Naciones Unidas, Guatemala

México
René Leyva Flores[1]
Frida Quintino[2]
Germán Guerra[1]
César Infante[1]
Mónica Cerón Díaz[3]
Javier Domínguez[4]
[1]Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública México
[2]Universidad Autónoma de la Ciudad de México y co-investigadora de Proyecto
[3]Universidad Nacional Autónoma de México
Co-investigadora de Proyecto
[4]Oficial Nacional de Programas en Salud Reproductiva
Fondo de Población de las Naciones Unidas, México

Haití
Francisca Stuardo Vidal[1]
Colette Lespinasse[2]
[1]América Solidaria en Haití
[2]Grupo de Apoyo a Refugiados y Repatriados (GARR) Haití

República Dominicana
Ángela Polanco
Oficial Nacional de Programas en Salud Sexual y Reproductiva
Fondo de Población de las Naciones Unidas, República Dominicana
Elisa Elena González
Consultora
Fondo de Población de las Naciones Unidas, República Dominicana

Conclusiones
René Leyva Flores
Germán Guerra

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CEPS: Centro de Estudios y Promoción Social
DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
MT: Migrantes en Tránsito
OIM: Organización Internacional para las Migraciones
ONG: Organizaciones No Gubernamentales
OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil
PVVS: Personas Viviendo con VIH y SIDA
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
TAM: Trabajadores (as) Agrícolas Migrantes
TB: Tuberculosis
TSM: Trabajadoras Sexuales Migrantes
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
VBG: Violencia basada en Género
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

AGRADECIMIENTOS

Los editores del libro "Fronteras y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva" deseamos expresar nuestro más sincero reconocimiento a los autores, tanto de las organizaciones de la sociedad civil como del Fondo de Población de las Naciones Unidas, por su valiosa contribución para la elaboración de los capítulos que componen esta obra.

Agradecemos, de manera especial, la participación a todas las personas migrantes, desplazados, refugiados, trabajadores agrícolas, transportistas, trabajadoras sexuales, entre otras que se mueven en las fronteras y otros territorios en América Latina, que constituyen los sujetos sociales de interés por y para quienes tiene sentido esta iniciativa.

Deseamos expresar también nuestro reconocimiento a los trabajadores de los servicios de salud en los distintos países, quienes de forma cotidiana brindan respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los grupos móviles y migrantes. Asimismo a las organizaciones de la sociedad civil que participaron en la implementación, y que constituyen la voz crítica y la perspectiva innovadora de la iniciativa.

El Instituto Nacional de Salud Pública participó como uno de los socios del UNFPA en el proceso de desarrollo de la iniciativa, brindando asistencia técnica a los colegas de las diferentes organizaciones sociales, gubernamentales y de cooperación participantes en la iniciativa.

Este trabajo constituye uno de los productos del Eje estratégico 2 "Migración y desarrollo con enfoque de género e intergeneracional" desarrollado en cinco fronteras de América Latina, como parte de una iniciativa regional en salud sexual y reproductiva que fue posible realizar con el aporte financiero y técnico del UNFPA/AECID.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

GUATEMALA

MÉXICO

REPÚBLICA DOMINICANA

PRÓLOGO

Marcela Suazo

Directora Regional para América Latina y el Caribe,
Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA

En América Latina la situación de salud sexual y reproductiva, incluyendo el VIH-SIDA y la violencia sexual, de diferentes poblaciones en condición de vulnerabilidad social, entre ellos los jóvenes y las mujeres migrantes, es una expresión de las desigualdades sociales que se manifiestan en contextos políticos, socio-económicos y culturales frecuentemente adversos para estos grupos poblacionales. El reconocimiento de la condición de vulnerabilidad social de las poblaciones migrantes ha planteado la necesidad de generar modelos de cooperación técnica intra e inter-países que contribuyan a la generación de información y al desarrollo de mecanismos y estrategias para promover la equidad en salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

Desde 2008 a 2011, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), ha desarrollado una Iniciativa Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de VIH-SIDA y de Violencia Sexual para Mujeres y Jóvenes Migrantes, la cual se ejecuta en cinco fronteras de América Latina: Argentina-Bolivia, Ecuador-Colombia, Costa Rica-Nicaragua, República Dominicana-Haití y El Salvador-México-Guatemala. En las regiones fronterizas se diseñaron e implementaron diferentes estrategias que respondían a las condiciones y necesidades locales de salud para la promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del VIH y de la violencia sexual.

En este libro se presentan los procesos y resultados de implementación de esta iniciativa, cuyo propósito es contribuir a la reducción de la vulnerabilidad social y la promoción de la salud sexual y reproductiva de diferentes grupos móviles y migrantes que residen o transitan por contextos fronterizos. Se buscó probar estrategias efectivas para mejorar la capacidad de respuesta social a la relación migración y salud, con énfasis en un enfoque de promoción de los derechos reproductivos.

Los resultados muestran contribuciones sustantivas en las siguientes áreas: desarrollo de procesos de cooperación técnica para la formulación e implementación de prácticas efectivas de atención a la salud sexual y reproduc-

tiva basadas en evidencia; desarrollo de sistemas de información estratégica sobre migración y salud sexual y reproductiva; fortalecimiento de capacidad de respuesta interfronteriza para la disponibilidad y acceso a servicios de salud adecuados a las condiciones socioculturales de la población migrante y móvil; y mejora de bases jurídico-legales para la promoción y protección de los reproductivos de diferentes grupos móviles y migrantes.

Países como Argentina presentan un marco jurídico-legal de alta promoción y protección a los derechos humanos de los migrantes que garantiza el acceso y utilización de diferentes servicios públicos, entre ellos los de salud. Las acciones institucionales promovidas por esta Iniciativa Regional comprendieron la conformación de espacios de gestión –Mesa Intersectorial para Migración y Salud Sexual y Reproductiva- para dar respuesta a las nuevas condiciones y necesidades de los y las migrantes. En Bolivia, las áreas clave estuvieron focalizadas en las instituciones consulares, pero también en el fortalecimiento del rol de organizaciones sociales promotoras y defensoras de los derechos reproductivos de la población migrante en Argentina.

En la frontera Costa Rica-Nicaragua, como parte de un proceso de gestión política a nivel nacional se conformaron redes interinstitucionales con amplia participación de organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales que han permitido el desarrollo de acciones binacionales en salud en favor de los trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes nicaragüenses así como de la población residente en la frontera. Esto ha permitido generar un clima de mejor relación social y de facilidades para el acceso a los servicios de salud, de educación y migratorios, entre otros. La Caja Costarricence de Seguridad Social ha generado un espacio importante para el acceso a servicios de salud en la frontera.

Durante un largo periodo, el conflicto bélico en la frontera de Colombia que colinda con Ecuador ha venido generando situaciones de riesgo para la salud de mujeres y jóvenes residentes en la frontera y desplazados de Colombia. A esto, se han venido a sumar otros aspectos de desarrollo económico en Ecuador (producción de petróleo, minerales y piedras preciosas) y de seguridad nacional que han ocasionado una migración, predominantemente de hombres, hacia la zona fronteriza. En este contexto, el trabajo sexual emerge como una opción laboral importante, sobre todo para mujeres de ambos países, aún cuando en la región hay una percepción de que esta actividad sólo es ejercida por mujeres colombianas. De este modo, aparecen consecuencias negativas en salud: la violencia sexual se ha focalizado en mujeres y jóvenes, situación que se agrava en un marco de escasa respuesta por las instituciones sociales y de salud.

Ante esta situación, el proyecto estimuló y facilitó el acercamiento de tomadores de decisión y de agencias de cooperación presentes en la región fronteriza y a nivel nacional, e impulsó el desarrollo deestrategias focalizadas en la promoción de los derechos y el fortalecimiento institucional para brindar respuesta a los problemas de salud. El 29 de septiembre de 2011, en el Puente Rumichaca, se llevará a cabo la primera reunión de acercamiento interinstitucional en la frontera, con participación de la Cancillería de ambos países, donde el Proyecto ha promovido incluir el tema de salud, con especial enfoque en la salud sexual y reproductiva para estar representado en la agenda fronteriza de ambos países.

La frontera México-Guatemala representa una experiencia de colaboración consolidada en el campo de la salud, especialmente en el tema de salud sexual y reproductiva. Durante los últimos diez años se han venido desarrollando iniciativas con la participación de las instituciones gubernamentales de salud y organizaciones de la sociedad civil. Particularmente relevante ha sido el papel proactivo en la promoción y defensoría de los derechos humanos de migrantes de las Casas del Migrante en Tecún Umán, Guatemala y en Tapachula, Chiapas, México. A la iniciativa se han sumado organizaciones económicas de la región como es la Unión de productores de café, en la región del Soconusco, y de café y banano en San Marcos en Guatemala, quienes son las principales fuentes de empleo en la región para trabajadores y trabajadoras migrantes procedentes de diferentes grupos étnicos de Guatemala y México. Cabe destacar que en 2011 El Salvador se integró también a esta Iniciativa Regional en la frontera con Guatemala.

En esta frontera, el trabajo sexual representa parte de las actividades que expresan la compleja dinámica de interacción social. Ante ello, en el marco del Proyecto se ha promovido una iniciativa de reforma al Reglamento de Salud Municipal como un instrumento de promoción de los derechos de las trabajadoras sexuales que en el 70% proceden de otros países. La participación directa de los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII, responsable de la organización de los servicios de salud de los 17 gobiernos municipales en la frontera, así como del Instituto Nacional de Migración han aportado un eje de institucionalización que, en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil, da sustentabilidad a la iniciativa y abre espacios para probar y desarrollar estrategias innovadoras y que respondan al cambiante contexto social y a la dinámica de movilidad en la frontera.

La relación entre Haití y República Dominicana se vio permeada durante el periodo de implementación del proyecto por diferentes eventos naturales que profundizaron la ya de por sí difícil situación social y económica de

ambos países. De forma inicial, la Iniciativa se focalizó en el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil y de las instituciones de salud en la frontera. Sin embargo, rápidamente tuvo que sufrir ajustes para dar respuesta a la situación de emergencia humanitaria que vivió Haití a raíz del terremoto ocurrido en enero de 2010 y que repercutió de forma directa en un incremento de la demanda de servicios de salud, en un escenario de alta precariedad de infraestructura, insumos y recursos humanos.

La frontera fue el lugar donde se expresó y manejó parte de la situación de crisis aguda. El desplazamiento de la población y su intento de cruzar hacia República Dominicana incrementó la población retenida en la frontera y al mismo tiempo las necesidades de salud, entre otras también apremiantes. El Proyecto focalizó sus recursos en la atención de esta población y participación en la estructuración de la respuesta con otras agencias de cooperación.

Las situaciones cotidianas de violencia sexual hacia las mujeres en un contexto de desastre constituye uno de los problemas más delicados y urgentes a atender. La participación de organizaciones como el Grupo de Ayuda a Desplazados y Refugiados en Haití (GAAR), que previo al desastre ya colaboraba en el Proyecto, fue clave para que las víctimas de violencia pudieran contar con cierta asistencia. Por el lado de República Dominicana, la oficina del UNFPA fortaleció su apoyo a las organizaciones sociales que colaboraban en el desarrollo de la iniciativa pero también focalizó su atención y asistencia a las instituciones gubernamentales que participaron en la respuesta, especialmente en la frontera.

Esta Iniciativa Regional ha generado distintas lecciones que pueden ser referentes para responder a las necesidades sociales en salud de los diversos grupos móviles y migrantes en diferentes contextos sociales de frontera. La comprensión de la frontera como límite territorial y jurídico que separa a las poblaciones queda seriamente rebasada ante la alta dinámica de movilidad e intercambio poblacional en estos espacios. La experiencia sistematizada en los diferentes capítulos que integran este libro muestra la necesidad de reenfocar las políticas que contribuyan a redefinir y comprender a las fronteras como espacios de intercambio y continuidad cultural, social y económica enmarcados en definiciones jurídicas de cooperación y colaboración entre gobierno y sociedad.

La cooperación técnica sur-sur constituyó el eje para el diseño e implementación de las estrategias bajo un enfoque de investigación-acción, mostró la capacidad institucional para responder a los diferentes contextos de vulnerabilidad social en salud y a las situaciones de riesgo específico que afectan no sólo a los grupos móviles y migrantes, sino también a los residentes en las fronteras, muchos de los cuales también podrán ser considerados como migrantes en su momento.

INTRODUCCIÓN

René Leyva Flores, Frida Quintino,
Luis Mora

Derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones móviles y migrantes

Existe consenso en que la salud sexual y reproductiva emerge como un campo de estudio y de acción basado en un paradigma integral que recupera aspectos previamente abordados de manera independiente (planificación familiar, salud materno-infantil, infertilidad, infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), al tiempo que propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre género, sexualidad, reproducción, salud y derechos humanos.[1,2]

Dicho paradigma ha planteado la necesidad de comprender los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales que influyen en las motivaciones, decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos de las personas; de analizar los significados de la sexualidad en sus contextos sociales y de salud; y de tomar en cuenta las fuerzas sociales que moldean los derechos y la condición de la mujer en la sociedad, la comunidad y la familia, sin descuidar los derechos de los hombres en los mismos ámbitos.[3]

El campo de la salud reproductiva experimentó un proceso de legitimación que se manifestó en los programas de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIDP) convocada por las Naciones Unidas en El Cairo (1994), así como de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Los programas de acción permitieron integrar un enfoque que sentó la base para que los derechos sexuales y reproductivos adquieran el estatus de derechos humanos fundamentales.

En este marco, la plataforma de acción que surge del CIPD abordó, por primera vez de manera sustantiva, el tema de las poblaciones migrantes, refugiadas, desplazadas y víctimas del tráfico de personas, desde un enfoque de derechos fundamentales. Éstos abarcan el respeto a la libertad en la toma de decisiones y la responsabilidad sobre el comportamiento sexual; la regulación de la fecundidad; la interrupción, cuidado y atención del embarazo, parto y

puerperio; el bienestar materno e infantil; la prevención de las ITS/VIH; y la vida libre de violencia.[4]

En el Programa de Acción sobresale la necesidad de crear y reforzar las medidas de promoción, prevención y atención de la salud para estos sectores de población hasta entonces descuidados por los programas tradicionales. Es decir, que los derechos de las personas migrantes incluyen la disponibilidad y el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva de buena calidad. De igual manera, los derechos contemplan el brindar opciones y garantizar el acceso a servicios profesionales en situaciones de violencia.

"Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual" (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994: Capítulo VII, Fracción 7.11).

Siguiendo las recomendaciones emanadas del Programa de Acción del CIPD, se han desarrollado un conjunto de acciones para promover los derechos de las poblaciones refugiadas, víctimas de desastres naturales, desplazadas y, más recientemente de migrantes. No obstante, a más de una década después de la conferencia realizada en El Cairo, se continúa mostrando la permanencia de las importantes dificultades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que enfrentan estas poblaciones, así como de los obstáculos y limitaciones para garantizar la disponibilidad y acceso a servicios de SSR en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio. Sin duda, las recomendaciones son vigentes en la situación actual de las diferentes fronteras incluidas en el proyecto sobre migración y SSR en cinco fronteras de América Latina.

En el caso de las migraciones internacionales, las fronteras representan espacios geográficos, socio-económicos y culturales que poseen identidad propia; son contextos de integración y diferenciación en los cuales convergen situaciones de vulnerabilidad relacionadas con la ausencia de recursos y la pérdida de los derechos fundamentales.[4]En las regiones fronterizas de América Latina se reconocen diversas modalidades de movimientos poblacionales cuya importancia relativa puede variar entre las diferentes localidades. Así, en los contextos inter-fronterizos se escenifica un tránsito intenso de personas con perfiles, destinos y temporalidades diversas.[2]

Vulnerabilidad y Salud Sexual y Reproductiva

Una de las vertientes de estudio sobre migración y salud estableció el concepto de "vulnerabilidad social", el cual ha sido utilizado como un indicador de la desigualdad que enfrentan no sólo las poblaciones migrantes sino también otros grupos "móviles" que confluyen en las regiones fronterizas[2,5,*] La noción de vulnerabilidad social ha sido definida como un proceso multidimensional que confluye en los riesgos diferenciales que enfrentan los individuos, grupos o comunidades ante una diversidad de situaciones que afectan su bienestar.[6]

Según este enfoque, lo que define los riesgos de salud no es la migración en sí misma: son las condiciones y las interacciones que ocurren en el proceso migratorio las que sitúan a las poblaciones móviles y migrantes en una condición de vulnerabilidad.

El enfoque de la vulnerabilidad ha privilegiado el análisis de los conflictos y las relaciones de poder que se establecen entre los distintos actores de un contexto, así como la identificación de la forma en que las inequidades sociales (tanto entre sociedades como dentro de ellas) determinan la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos en desventaja social hacia diversos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, particularmente a la infección por el VIH y otras ITS.[7]

En el caso de las poblaciones móviles y migrantes, el concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para comprender la relativa desprotección en la que se pueden encontrar frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto en sus derechos humanos, dado que cuentan con menores recursos económicos, sociales y legales. En este sentido se considera que la vulnerabilidad equivale a aquellos factores de riesgo que son casi inmodificables por parte del individuo.[2,5,8] Estos autores señalan que la distinción entre riesgo y vulnerabilidad está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad social, y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política. Con base en este supuesto, se acuñó el término "contextos de vulnerabilidad", que se refiere a las configuraciones socioculturales que resultan de las interacciones entre los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud ante situaciones determinadas, en este caso su posición y acción ante los migrantes, la SSR, la violencia de género y el VIH/SIDA en las comunidades de origen, tránsito o destino.[5]

*En el estudio de Bronfman, Leyva y colaboradores (2004) se planteó que el concepto de movilidad territorial de la población, a diferencia del concepto tradicional de migración, podría resultar útil para llevar a cabo un proyecto de investigación-acción. "Dicho punto de vista tendría sustento en la afirmación de que el mismo concepto de migración ha experimentado cambios en el tiempo, dependiendo de los enfoques teóricos y el carácter cambiante de los movimientos" Castillo M. "Migración y movilidad territorial de la población". En Bronfman M., Leyva R., Negroni M., edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica., Instituto Nacional de Salud Pública, 2004:41.

En virtud de lo anterior se ha planteado la pertinencia de analizar los contextos en que se da la migración, con el fin de identificar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias y modelos de atención integral, adecuados a las necesidades de las diferentes poblaciones móviles y migrantes.

La migración y la salud sexual y reproductiva

Millones de personas se desplazan a través de las fronteras en busca de mejores condiciones de vida. De acuerdo con el Informe sobre las migraciones en el mundo publicado en 2010, se estima que 214 millones de personas viven fuera de sus países de origen; según la misma fuente, 26.6 millones de personas nacidas en América Latina y El Caribe viven fuera de sus respectivos países, cifra que representa aproximadamente el 15% de la inmigración internacional global.[9] La dinámica migratoria de estos países se caracteriza por la vigencia de los desplazamientos intrarregionales y por la movilidad de amplios sectores hacia los países del norte, en particular hacia Estados Unidos.

No hay datos sobre la contribución económica de los migrantes en los países de destino y tránsito; sin embargo, su contribución para los países de origen (remesas económicas) para los países de América Latina y El Caribe se estimó en 58.1 mil millones de dólares Americanos.[10]

Se sabe, que la migración internacional tiene diversos efectos en las condiciones de salud de los individuos que se desplazan, de las familias de los migrantes, y de las poblaciones residentes con las que interactúan en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio.[11,12,13] También está ampliamente documentado que la movilidad poblacional no es en sí misma un factor que incremente los riesgos ante las enfermedades o infecciones: son las condiciones en las que se da este proceso las que sitúan a las poblaciones migrantes -principalmente las indocumentadas- en una situación de vulnerabilidad o desprotección frente a potenciales daños a la salud y ponen en peligro la satisfacción de sus necesidades básicas y el respeto a sus derechos humanos.[2,5,8] Los gobiernos de los países, así como las organizaciones sociales y las agencias de cooperación técnica con presencia en la región de América Latina reconocen la situación de vulnerabilidad social y en materia de salud de los diferentes grupos móviles y migrantes. Sin embargo, para los diversos grupos inmersos en la dinámica migratoria, frecuentemente se carecía de fuentes confiables sobre fecundidad e inicio de la vida reproductiva, la práctica anticonceptiva, el embarazo y la salud materna, entre otros temas vinculados con la SSR.

De acuerdo con resultados de la investigación sobre migrantes en tránsito por México y trabajadores agrícolas migrantes, sólo el 17.5% reportó ha-

ber presentado algún problema de salud, enfermedad o accidente en las dos semanas previas a la encuesta.[14] Esta prevalencia de problemas de salud no era diferente de la presentada por la población mexicana, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud 2006, en la cual se aplicó la misma pregunta.[15] Estos datos aportan información científica ante prejuicios sociales que estigmatizan a los migrantes como grupo poblacional enfermo o "portador de enfermedades".

En el caso de los problemas de salud sexual y reproductiva, dichos procesos se encuentran directamente relacionados con las propias condiciones de salud de los lugares de origen; sin embargo, estos pueden incrementarse debido a la exposición y capacidad de manejo de los nuevos riesgos relacionados con el tránsito por los diferentes países de la región. Por ende, es de esperar que la prevalencia de VIH, embarazo y uso de anticoncepción no sean diferentes de las de los países de origen. No obstante, los riesgos relacionados con las relaciones sexuales ocasionales sin protección así como las situaciones de violencia sexual podrían ser factores que contribuirán a modificar el perfil de salud en estos grupos de población.

De igual manera, se reconoce que las diversas y no siempre complementarias formas de respuesta social (que incluyen saberes, estrategias, recursos y prácticas) a la movilidad poblacional desde los contextos de origen, tránsito y destino, necesariamente influyen –de manera directa o indirecta- en las condiciones de salud de las poblaciones inmersas en los desplazamientos.[5] Sin embargo, en este tema, el Proyecto también ha hecho aportaciones que contribuyen a estimar el uso de los servicios públicos de salud por los migrantes.

Desde esta perspectiva, en algunas regiones de América Latina se han desarrollado diversos proyectos de investigación-acción que centran su atención en la relación entre migración y salud,[16,17] cuyos resultados muestran a la salud sexual y reproductiva como uno de los aspectos que resulta prioritario atender en grupos móviles y migrantes. Las necesidades de SSR presentan una clara distribución diferencial asociada al género en un marco común de violación de derechos humanos; esto último, puede contribuir a acentuar la desigualdad e incrementar su vulnerabilidad social, lo cual se traduce en una baja capacidad para manejar situaciones de riesgo o responder a éstas.

El proyecto: Migración y salud sexual y reproductiva

En este marco, el UNFPA/AECID impulsa la implementación de una iniciativa regional sobre SSR y migración en cinco fronteras de América Latina. El propósito es fortalecer las alianzas locales, interfronterizas y regionales para la promoción de los derechos humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y mujeres migrantes. Estos procesos incluyen la implementación de estrategias encaminadas a mejorar los sistemas de información de las poblaciones móviles y migrantes, así como a facilitar su acceso a servicios de prevención y atención integral de las diversas necesidades vinculadas con la SSR.

Para ello se requería, por una parte, fortalecer la capacidad de respuesta de las organizaciones nacionales y regionales involucradas en la temática, y por otra, ajustar la cooperación técnica entre países y la de organismos internacionales para incluir la relación entre migración y salud en las agendas de desarrollo.

En su etapa inicial, el proyecto desarrollado por UNFPA requirió elaborar un diagnóstico situacional a nivel local y transfronterizo, que tuvo el propósito de definir las líneas de acción, identificar a los actores con trabajo en SSR y migración, así como establecer los mecanismos para una eventual colaboración de organizaciones sociales y gubernamentales en la región.

Los diferentes contextos y formas de interacción social requieren de respuestas sociales específicas en el origen, transito, destino y retorno. Un primer proceso para la identificación y sistematización se dio en el marco de una reunión regional organizada por UNFPA en San Salvador, El Salvador, en noviembre del 2009[*,18], donde se identificaron las iniciativas desarrolladas a través de procesos de colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, instancias académicas, servicios de salud, organismos de atención especializada a migrantes y por las áreas políticas gubernamentales encargadas de la regulación migratoria y de las relaciones internacionales de estos países.

En dicha reunión la heterogeneidad socio-demográfica, las condiciones de vulnerabilidad diferencial y los riesgos de salud que enfrentan cada una de las poblaciones móviles y migrantes, la capacidad de respuesta social al vínculo migración y salud, así como las condiciones de las relaciones políticas entre países, se identificaron como determinantes para el diseño e implementación de la iniciativa. Asimismo, en el marco de este espacio de convergencia multisectorial se definieron las poblaciones que serían blanco de la iniciativa.

* Castillo M. (2008) "Promoción de los derechos de jóvenes migrantes y mujeres en áreas vulnerables de la frontera México- Guatemala". Sistematización de información. Informe técnico. UNFPA.

En el Cuadro I se presenta un descripción general de la dinámica de movilidad de diferentes grupos de población móvil y migrante considerados relevantes para la iniciativa.

Cuadro I
Grupos móviles y migrantes en cinco fronteras de Ámerica Latina

	Bolivia ⤸ Argentina	Colombia ⤸ ecuador	Nicaragua ⤸ Costa Rica	Haití ⤸ R. Dominicana	Guatemala (55 países) ⤸ México
T. Agrícolas			+++		+++
T. Sexuales		+++		+++	+++
M. en Tránsito	+++				+++
Desplazados y refugiados		+++		+++	
M. Residente en frontera y destino	+	+	+	+	+

Fuente: Leyva R. Información de actores clave. Consenso. Proyecto Regional Migración y Salud sexual y reproductiva. UNFPA/AECID, 2010

En algunas fronteras como México-Guatemala o Costa Rica-Nicaragua, ha habido desde finales de la década de los noventa un interés por desarrollar proyectos interfronterizos con una importante participación de organizaciones sociales y gubernamentales en el marco de iniciativas regionales para Centroamérica y México. Estas iniciativas tenían el propósito de probar estrategias de colaboración para la atención de grupos móviles y migrantes (migrantes en tránsito, trasportistas, trabajadores agrícolas, militares, policías, aduanas, trabajadoras sexuales, comerciantes, entre otros) con especial énfasis en temas como VIH y derechos sexuales y reproductivos en un marco más general que busca el respeto a los derechos humanos de los grupos móviles y migrantes.[16,17,19]

En otras fronteras como la de Colombia-Ecuador, un segmento importante de la movilidad de la población se encuentra asociada a los conflictos bélicos.[4] La frontera entre ambos países ha sido permeada por esta condición política, lo cual dificulta a la población contar con garantías de respeto a sus derechos humanos para la población residente en esta región. En este marco, el proyecto UNFPA buscó contribuir al desarrollo de estrategias de atención a la SSR de los grupos desplazados, focalizando en mujeres y jóvenes. En esta

frontera, el trabajo sexual ha emergido como una parte de la dinámica socioeconómica; las mujeres de ambos países participan de esta actividad en un marco de importantes restricciones y posiblemente de una alta prevalencia de violencia basada en género, la cual no se encuentra registrada en los servicios de salud ni en las áreas de procuración de justicia.

La frontera Argentina-Bolivia es otra muestra de la heterogeneidad y desigualdad entre países que conforman América Latina. La migración de ciudadanos bolivianos hacia Argentina y la movilidad interfronteriza con propósitos laborales y comerciales representa parte de la dinámica histórica entre ambos países. En algunas ciudades de Argentina se han estructurado núcleos de población boliviana que han pasado a formar parte de la red social que articula y da sentido a los procesos migratorios entre ambos países. Los temas centrales en SSR, desde la perspectiva de funcionarios de ambos países, se han focalizado en la atención de mujeres embarazadas bolivianas y en el registro en Argentina de niños nacidos de madres bolivianas. Ambas situaciones se encuentran relacionadas con la capacidad de la población de ejercer sus derechos. Asimismo, un tema que se encuentra poco explorado, pero que representa un asunto relacionado con la dinámica de movilidad y la SSR es el ejercicio de trabajo sexual por mujeres bolivianas y argentinas. La información que se tiene sobre estos dos grupos de población es insuficiente para estructurar una respuesta apropiada al contexto social y político de esta frontera.

Finalmente, la dinámica de movilidad poblacional entre Haití y República Dominicana también ocurre en un marco de heterogeneidad cultural y desigualdad socioeconómica, que en general es desfavorable para los haitianos. Esta situación se agravó con el sismo de enero del 2010 y con posteriores desastres climáticos que han ocasionado un importante desplazamiento de la población residente de la capital hacia diversos puntos del país, República Dominicana y el exterior de la isla. En ambos países, el proyecto UNFPA impulsó una iniciativa de fortalecimiento de los servicios de salud en la frontera de ambos países, con una importante focalización en el tema de los derechos sexuales y reproductivos. También en esta frontera se presentó el tema de trabajo sexual, entre otros, como parte de la dinámica socioeconómica en la cual se encuentran inmersos los diferentes grupos poblacionales.

En este marco, la sensibilización y colaboración interinstitucional, el desarrollo de mecanismos para la colaboración interfronteriza, la acción comunitaria y el trabajo preventivo con grupos específicos de migrantes y otras poblaciones móviles han sido los componentes prioritarios de las diferentes estrategias impulsadas por el Proyecto en la región.

Recientemente, como resultado de actividades de organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales, se han probado en estas fronteras diferentes estrategias que pueden contribuir a mejorar los mecanismos para facilitar el acceso a los servicios y la calidad de la atención en el área de SSR y que tienen un alto potencial de replicación en otros puntos fronterizos de América Latina.

En los capítulos siguientes se presentan las estrategias desarrolladas en cada una de las fronteras, de forma tal que permita comprender sus alcances desde la perspectiva de los actores en cada uno de los territorios que conforman el espacio común denominado frontera.

Referencias

1. Langer Ana. Salud Sexual y Reproductiva: Dónde estamos a casi una década después de El Cairo". En Bronfman M., et al. Salud Reproductiva. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 2003
2. Bronfman M., Leyva R., Negroni M., edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
3. Salles V, Tuirán R. El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En Stern C. y Figueroa J. (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación. El Colegio de México. 2001
4. Mora L. Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos. Mimeo. S/F
5. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2005
6. CEPAL-CELADE, 2001. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de política para Latinoamérica a inicios del siglo XX. Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Seminario Internacional. Santiago de Chile, 20 y 21 de julio de 2001. En: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf
7. Cáceres FC. Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En Izazola J, ed. El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México, DF. Fundación Mexicana para la Salud, 1999: 217-246.
8. Bronfman M, Leyva R. Migración y SIDA en México. En 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Editores José Ángel Córdova Villalobos, Samuel Ponce de León Rosales, José Luis Valdespino. SSA/INSP, 2008: 241-258

9. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Informe sobre las migraciones del mundo 2010. El futuro de la migración: Creación de capacidades para el cambio. Ginebra, Suiza, 2010. http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_SPANISH.pdf
10. The World Bank. Migration and Remittances Factbook 2011. Segunda edición. Washington D.C., 2011:27-28. En: http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/Factbook2011-Ebook.pdf
11. Carballo M. Los desafíos de la Migración y la Salud. International Centre for migration and Health. ICMH. 2005
12. Haour-Knipe M, Rector R. Crossing borders: Migration, Ethnicity and AIDS. Haour-Knipe M and Rector R (Compiladores). Londres. Taylor & Francis. 2006
13. OIM. La OIM y los Derechos Humanos de las Poblaciones Migrantes en Centroamérica-La Salud. Organización Internacional para las Migraciones, 2005.
14. Leyva R, Quintino F, Infante C. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México, 2010. Informe Técnico. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 2010.
15. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
16. Bronfman M, Leyva R. Migración y SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, 2001-2004. Proyecto de investigación. Número de registro 100017. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. 2001.
17. Leyva R. Proyecto mesoamericano de atención integral al VIH en poblaciones móviles de Centroamérica, 2005-2010. Proyecto de investigación, Número de Registro 208-6332. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. 2005.
18. Leyva R, Infante C. Documento de referencia para identificación de necesidades y capacidades de atención a migrantes y grupos móviles en el área de salud sexual y reproductiva (SSR). Acceso de Mujeres y Jóvenes Migrantes a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, incluida la Prevención del VIH/SIDA y de la Violencia Sexual. Informe Técnico del Seminario. San Salvador, El Salvador, 28-30 de octubre de 2009.
19. Rodríguez E. Proyecto Regional sobre VIH en Centroamérica. 2005-2010. SICA. El Salvador Centroamérica.

ARGENTINA

Migrantes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos: Jujuy y Ciudad de Buenos Aires

Marcela Cerrutti, Pablo Ceriani, Sergio Maulen

Introducción

Las decisiones que se tomaron en las estrategias de implementación del proyecto en Argentina se vinculan estrechamente con el funcionamiento del sistema de salud y el marco legal que lo regula así como la ley de migraciones que establece el derecho de las personas migrantes en el país. Por esta razón este capítulo comienza con un breve repaso del marco legal argentino en relación con la migración y la salud sexual y reproductiva, incluyendo el SIDA. Luego se describen aspectos del funcionamiento del sistema de salud en relación con esta temática y finalmente se describe el proyecto implementado, con énfasis en sus resultados.

Contexto

Los migrantes y derecho a la salud en Argentina: marco legal

En Argentina, el marco constitucional vigente desde mediados del siglo XIX incluye un principio de igualdad de derechos entre nacionales y extranjeros, consagrado a través de dos vías: en primer lugar, con el uso del concepto de habitante al regular el reconocimiento de los derechos fundamentales,* y por el otro, en razón del artículo 20, que refuerza dicha igualdad.** A su vez, la jerarquía constitucional otorgada a numerosos tratados internacionales de derechos humanos (en la reforma implementada en 1994) viene a consolidar la igualdad de derechos y la prohibición de discriminación con base en diversos factores, entre ellos la nacionalidad.*** También cabe señalar que en 2007 Argentina ratificó la Convención para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores/as Migrantes y sus Familias.

* En particular, ver los artículos 14 a 19 de la Constitución Nacional.
** Art. 20: "Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano: pueden ejercer su industria, comercio y profesión; poseer bienes raíces, comprarlos y enajenarlos; navegar los ríos y costas; ejercer libremente su culto; testar y casarse conforme a las leyes. No están obligados a admitir la ciudadanía, ni a pagar contribuciones forzosas extraordinarias. Obtienen nacionalización tras de residir dos años continuos en la Nación; pero la autoridad puede acortar este término a favor de quien lo solicite alegando y probando servicios a la República".
*** Artículo 75, inciso 22, Constitución Nacional.

La nueva ley de migraciones adoptada a fines de 2003 supuso un cambio trascendental en materia de derechos humanos y la no discriminación por motivos de nacionalidad o condición migratoria, en tanto que introdujo un enfoque de derechos basado, precisamente, en la Constitución nacional y en los tratados internacionales.[1]

La ley de migraciones (25.871) establece en su artículo 6 que el Estado asegurará en todas sus jurisdicciones el acceso igualitario de los inmigrantes y sus familias a la salud, entre otros derechos. Y el artículo 8 prevé que: "No podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria".[*] Asi mismo, es relevante señalar que la ley migratoria también reconoce, entre otros derechos, el derecho a migrar (art. 4), el derecho a la educación (art. 7) y el derecho a recibir información sobre sus derechos (art. 9). A su vez, el cambio normativo ha estado acompañado de diversos procesos de regularización migratoria, así como de la introducción de categorías de residencia que han favorecido el acceso de miles de personas, en particular de migrantes provenientes de países sudamericanos,[2] a una situación migratoria regular a miles de personas.

Por otra parte, el marco normativo migratorio se complementa con la legislación adoptada en el ámbito de la salud. Así, la igualdad de derechos, sin distinción de nacionalidad u otra condición social, se ha introducido específicamente en diversas leyes que regulan el acceso a la salud.

En este sentido, la ley que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673, de 2003) establece que dicho programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna. Tiene dos objetivos. El primero es alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia. En segundo lugar se propone promover la salud sexual de los adolescentes, y garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable (artículo 2).

*El art. 8 del Reglamento de Migraciones (Decreto 616/2010) establece: "El Ministerio de Salud dictará las normas y dispondrá las medidas necesarias para garantizar a los extranjeros, aún en situación de irregularidad migratoria, el libre acceso a la asistencia sanitaria y social. La identidad de aquéllos podrá ser demostrada mediante la documentación extendida por las autoridades de su país de origen o consulados en Argentina".

De la misma manera, la ley de VIH/SIDA (23.978, 1991) y su implementación garantizan el acceso universal y gratuito de tratamiento a tratamiento antirretroviral y diagnóstico, encontrándose prohibida todo tipo de discriminación por razones de nacionalidad y condición migratoria en el acceso efectivo a este derecho.

Finalmente, es oportuno hacer mención de la Ley de Derechos del Paciente (26.529, de 2009), la cual, al aludir a derechos tales como el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad y, especialmente, el derecho a ser asistido por los profesionales de salud, establece que se deben garantizar sin ninguna clase de distinción que sea "producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición" (art. 2).

Las instituciones de salud

El Sistema Público de Salud tiene un enorme desarrollo en el país, con 6500 Centros de Salud, más de 1000 hospitales y otros centros de atención de diferentes capacidades. El nivel nacional se encarga del marco rector de acuerdo a la legislación vigente y de proveer insumos, medicamentos e infraestructura. Las provincias, por tratarse de un país federal, se encargan del recurso humano que brinda la atención a las personas. Cada provincia, además, toma sus propias decisiones sobre la implementación y funcionamiento del sistema de atención en su distrito.

Por este motivo los hospitales y centros de salud son de la jurisdicción, mientras que la medicación y otros insumos, tales como anticonceptivos combinados orales (ACO), dispositivos intrauterinos (DIU), antirretrovirales, condones, etc., son provistos por el nivel central de acuerdo a las solicitudes que reciben. Estos insumos están disponibles para toda la población sin distinción, exceptuando las personas que tienen asegurados estos insumos por la Seguridad Social o la medicina privada.

La ley no exige la presentación del documento de identidad argentino para recibir atención, pero es común que se lo utilice como número de identificación de las historias clínicas u otros trámites administrativos. Esto termina generando dificultades, en el momento de solicitar acceso a la atención a la salud, para aquellas personas que por diferentes circunstancias no lo tienen, tales como los migrantes recientes o que han tenido alguna dificultad para tramitarlo o los nacionales que lo han extraviado o nunca lo han tenido. Además existe el Plan Nacer, un programa financiado con un crédito del Banco Mundial, que entrega fondos a los servicios de salud en provincias de acuerdo a una serie de

condiciones acordadas a nivel nacional. Estos fondos permiten a los servicios mejorar su infraestructura y su funcionamiento. El Plan Nacer exige la presentación del documento de identidad como requisito para la inscripción, motivo por el cual sin el documento argentino nadie puede ser beneficiario del mismo. En la actualidad, este programa es una de las herramientas más importante para la implementación de políticas de salud en la nación.

La mayoría de los centros de salud y hospitales funcionan como efectores del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y de la Dirección de Sida. En los centros de salud funcionan, siguiendo la lógica de la atención primaria de la salud, espacios de consejería sobre prevención de VIH, planificación familiar y entrega de anticonceptivos y condones.

Dado que el sistema garantiza la atención y la provisión de insumos, se definió como estrategia prioritaria del proyecto informar sobre la nueva ley de migración a los equipos de salud y a la población migrante, en particular los aspectos concernientes al acceso a la salud.

Implementación del proyecto

El proyecto regional, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), se constituyó localmente en la frontera entre Argentina y Bolivia y luego se extendió a la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano.

Como parte de la iniciativa conjunta, consensuada entre los gobiernos de Argentina y Bolivia, el proyecto del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) “Mujeres y jóvenes migrantes bolivianos: acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH” apuntó a promover el acceso de las mujeres y los jóvenes migrantes a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a difundir las normativas que garantizan estos derechos.

El proyecto tiene como marco general de orientación la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las poblaciones inmigrantes, consagrados en la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley de Sida y la Ley Nacional de Migración.

Diagnóstico de la dinámica migratoria y necesidades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH: mujeres y jóvenes migrantes bolivianos

En el mes de mayo del 2009 se llevó a cabo la primera reunión binacional para dar inicio al proyecto conjunto sobre salud sexual y reproductiva dirigido a las mujeres y los jóvenes migrantes que provienen del país andino. En esta reunión se pusieron de manifiesto los objetivos del proyecto y se establecieron algunos acuerdos marco que guiarán las acciones futuras. Asimismo, se establecieron compromisos para una labor en conjunto entre ambos gobiernos.

Pocas semanas más tarde, en junio de 2009 se llevó a cabo la reunión de presentación oficial del Proyecto Migración y Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres y los Jóvenes Bolivianos en la Provincia de Buenos Aires en la sede del Ministerio de Salud provincial. La mesa de trabajo estuvo integrada por representantes de las siguientes organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil: la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación; el Área de Comunicación de la Subsecretaría de Atención Comunitaria; la Dirección Nacional de Migración; la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación; el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI); el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF), la Red Boanerense de Personas con VIH, y el Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS). La discusión de la mesa giró en torno a las dificultades que afrontan las mujeres y los jóvenes bolivianos en el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, tales como el carecer de acceso de servicios por falta de documentación de identidad argentina o la negación de entrega de métodos anticonceptivos o información sobre los mismos sin el consentimiento del cónyuge varón o sin presentar una orden médica para retirar condones. Se señaló además la importancia de dar a conocer los marcos normativos que garantizan sus derechos a la salud y la necesidad de empoderar a las organizaciones de la sociedad civil en el ejercicio de sus derechos.

A mediados de 2009, el Centro de Estudios de Población (CENEP) comenzó una investigación cuyo propósito fue elaborar un diagnóstico sobre la problemática de la salud reproductiva de mujeres y jóvenes inmigrantes bolivianos en Argentina, de su acceso y de la atención propiciada en servicios públicos de salud. La investigación ampliaba y complementaba un estudio de carácter sociodemográfico sobre mujeres y jóvenes en el área de la frontera con Bolivia realizada por el mismo equipo para el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) de la Comisión Económica para Améri-

ca Latina y el Caribe (CEPAL). Entre los hallazgos más importantes de esta investigación destaca el aumento progresivo de la población boliviana femenina migrante desde 2001, superando en número a los varones. Estas mujeres se caracterizan por estar en edades laborales y declaran haber tenido su primer hijo entre los 20 y 24 años de edad, estando el 94% de ellas en pareja.

Las condiciones de empleo y vivienda durante la gestación suelen ser precarias, y menos de la mitad completa los controles prenatales básicos. No obstante, los hijos de las bolivianas suelen ser de mayor peso que los de las argentinas (6.9% vs. 2.2% de los nacimientos) y con escasas complicaciones al momento del parto, tanto para la madre como para el hijo.

Las mujeres bolivianas migrantes pueden ser víctimas de actitudes xenofóbicas al solicitar servicios de salud, debido a importantes diferencias culturales como el parto en cuclillas o el uso de medicina tradicional. Tanto las personas migrantes entrevistadas como el personal de salud refieren conocer o haber presenciado situaciones xenofóbicas en los espacios de servicios de salud.[3]

En su conjunto, estos resultados de la investigación han impulsado estrategias y acciones del proyecto tales como la promoción de la ley de migraciones para la mejora y el acceso universal a los servicios de salud para los migrantes.

En 2011 se publicó el libro con los resultados de la investigación: "Salud y migración internacional: las mujeres bolivianas en la Argentina". Se editaron 500 ejemplares que han sido distribuidos entre funcionarios, miembros de organizaciones no gubernamentales (ONG) y académicos. El libro fue presentado en el encuentro "Migración Internacional y Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva" organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Dirección General de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la República Argentina.

Resultados

Fortalecimiento institucional

A lo largo del proyecto se desarrollaron distintas actividades de capacitación llevadas a cabo tanto desde organismos gubernamentales como desde organismos de la sociedad civil (Dirección de Población, Secretaría de Derechos Humanos asociada a CAREF y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Católicas por el Derecho a Decidir y Fundación de Abogados y Abogadas del Noroeste Argentino en Derechos Humanos y Estudios Sociales (ANDHES). Los propósitos de estas capacitaciones fueron fundamentalmen-

te difundir la normativa vigente en los ámbitos de aplicación; promover el conocimiento sobre el fenómeno migratorio, los migrantes y sus familias; establecer criterios uniformes para resolver situaciones vinculadas a la gestión migratoria, y sensibilizar a efectores y administrativos del sistema de salud sobre la problemática que implicada en la atención a poblaciones inmigrantes y culturalmente diferentes.

Con el propósito de garantizar el derecho que confiere el estado a la atención a la salud de los inmigrantes en territorio argentino, el proyecto de UNFPA a lo largo de los tres años fomentó la incorporación de cuestiones específicas de la población inmigrante en las políticas de prevención y asistencia a la salud, tales como la inclusión de referencias a la población migrante en nuevas ediciones de la guía sobre insumos del Programa de Salud Sexual, en el material de promoción de la línea gratuita de información del programa y en el registro de atención de los centros de salud. Impulsó igualmente la incorporación de material de prevención de migrantes en el maletín preventivo de la Dirección de Sida, y la inclusión en las campañas radiales sobre salud de la mujer. Para ello fue necesario establecer espacios de intercambio entre actores con enfoques y modelos de trabajo muy diferentes. En la consecución de este objetivo fue decisivo el apoyo político de cada dependencia para integrarse a trabajar en una modalidad no habitual. Asimismo se insistió en la necesidad de incorporar a organismos no gubernamentales, ya que las su participación favorece las políticas públicas referidas a las poblaciones de inmigrantes. Esto propició el trabajo conjunto entre las áreas de gobierno y la sociedad civil, el cual se convirtió en el principal frente de acción.

Inicialmente se comprometieron en la labor los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación, el Área de Comunicación de la Subsecretaría de Atención Comunitaria, los programas provinciales de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Maternidad e Infancia. Estas iniciativas fueron llevadas a cabo mediante un trabajo realizado articuladamente con la Dirección Nacional de Migración, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y el Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). La conformación de esta mesa intersectorial desde el inicio del proyecto ha sido un logro importante en lo que respecta al fortalecimiento institucional. A las instituciones iniciales se les sumaron posteriormente el Programa de Médicos Comunitarios, el Programa de Salud Indígena, el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, la Dirección de Población, la Dirección de Agricultura Familiar del Ministerio de Agricultura y la Organización Internacional para las Migraciones.

Estas instituciones se reúnen con una periodicidad mensual y discuten y trabajan con una agenda consensuada previamente. No sólo se tratan las actividades inherentes al proyecto sino también las actividades de cada una de las instituciones que tengan que ver con la temática de las y los migrantes. De igual manera se invita a participar a instituciones públicas y privadas que se encuentran realizando actividades que puedan ser de interés o que quieran asociarse.

Cooperación interfronteriza

Este año se recibió la visita de un representante de la Cancillería de Bolivia y de UNFPA Bolivia después de que hubieron recorrido los consulados en Argentina y dialogado con las organizaciones bolivianas. Estas actividades permitieron definir actividades comunes; los primeros pasos consistieron en consensuar la elaboración conjunta de un material de difusión sobre derechos de los inmigrantes y fomentar el acercamiento a los consulados.

Dado el interés del proyecto en la situación en el área de frontera con Bolivia se llevaron a cabo dos reuniones de carácter intersectorial: una en San Salvador de Jujuy, capital de la provincia de Jujuy, y otra en La Quiaca, en el límite con la ciudad boliviana de Villazón. Debido a que estas ciudades son colindantes y La Quiaca es el principal paso de migrantes de Bolivia a la Provincia de Jujuy, hay un gran movimiento de personas de un lado a otro. Asimismo los resultados de la investigación señalaron que el hospital de esa ciudad tenía una gran demanda por parte de pacientes bolivianos, por lo que se definió esta ciudad como prioritaria durante el 2010.

La reunión permitió tener una visión de la asistencia a migrantes desde la perspectiva de los tres niveles y con la visión intersectorial generada por las características de quienes participaban. La reunión culminó con un diagnóstico de dificultades y posibles soluciones que cada nivel tomó según su incumbencia. El nivel nacional se comprometió a profundizar las acciones en la zona.

Incidencia en programas de salud y servicios

En 2009 el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación junto con los programas provinciales del norte argentino se propusieron ampliar la oferta de consejería e insumos anticonceptivos a través de capacitaciones de médicos generalistas y obstetras de los Centros de Salud de las provincias fronterizas, incluyendo las problemáticas específicas de la mujeres inmigrantes. Para fortalecer esa actividad se desarrolló material dirigido

a los equipos de salud y a la población migrante en relación con los derechos de ésta. La Dirección de Maternidad e Infancia incorporó esta particularidad en su estrategia de Alta Conjunta, que incluye la asesoría y la entrega de insumos anticonceptivos en la provincia de Buenos Aires. En 2010, para fortalecer esa actividad, se lanzó a nivel nacional una línea de información gratuita sobre Salud Sexual y reproductiva, y en el video institucional que la promueve se ha incluido a una mujer migrante boliviana como una de las usuarias. Asimismo, se ha actualizado la guía sobre el uso de los insumos de SSR que entrega el programa, donde se menciona explícitamente el derecho de las migrantes a recibirlos sin ninguna diferencia respecto a las argentinas.

En 2009 el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, el Programa de Sida, el Área de Comunicación de la Subsecretaría de Salud Comunitaria, la Dirección de Migración, la Secretaría de Derechos Humanos y el Instituto Nacional contra la Discriminación el Racismo y la Xenofobia (INADI) se reunieron semanalmente para crear un díptico y un afiche dirigidos a equipos de salud y un díptico dirigido a la población migrante para promover el derecho de ésta a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. La Comisión de Apoyo al Refugiado (CAREF) y dos organizaciones de mujeres bolivianas, Q`amasan Wuarmi e Integración infantil, revisaron, corrigieron y validaron conjuntamente estos materiales. Igualmente en un esfuerzo conjunto se realizó un video institucional sobre el proyecto, con testimonios de representantes de las diferentes instituciones.[4]

Este producto conjunto tiene como recurso las líneas gratuitas de información del Ministerio de Salud y las páginas web de todas las instituciones. Junto con los dípticos para equipo de salud se entrega también un encarte con los datos de todas las oficinas de migración del país donde pueden hacer su trámite regulatorio los migrantes. Esto facilita que los migrantes que se acerquen al sistema de salud se lleven la información para regularizar su situación migratoria, y a su vez, quienes van a las oficinas de Migración se lleven la información acerca de su derecho a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Vinculación con medios y organizaciones de la sociedad

La Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación desarrolló en 2009 talleres de comunicación y salud comunitaria para comunicadores de medios locales y referentes territoriales con la temática de la promoción de la salud y prevención en las comunidades bolivianas. Esta fue una institución clave en la elaboración conjunta de los materiales de difusión recién presentados, dirigidos a la población migrante y a los equipos de salud.

Asimismo, a partir de la participación en el proyecto se desarrollaron actividades de sensibilización e información de los equipos de las diferentes áreas que conforman la subsecretaría, incorporando la temática a la agenda interna.

Desde 2009, con el apoyo de UNFPA, la organización CAREF, junto con organizaciones de mujeres migrantes bolivianas, la Red Comunicacional Boliviana en Argentina, la Asociación de Radios Comunitarias y la Clínica Jurídica de Atención a Migrantes y Refugiados (CAREF-CELS-UBA), articuló esfuerzos para llevar a cabo un proyecto de comunicación, capacitación y abogacía en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres bolivianas asentadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Se produjeron una serie de cuñas radiales que fueron emitidas durante 2010 y 2011. Para la realización de los audios se contó con la colaboración de mujeres migrantes de diversas regiones de Bolivia residentes en la ciudad de Buenos Aires.

La Dirección de Sida presentó también el proyecto de UNFPA a los programas provinciales e incorporó en su maletín preventivo un material que se desarrolló de manera conjunta. Cabe destacar que el díptico incluye las líneas telefónicas gratuitas del Ministerio de Salud y de la Dirección de Sida. Asimismo, la Red Bonaerense de Personas con VIH firmó un convenio con el consulado boliviano para acelerar los trámites necesarios para obtener el documento argentino y así poder ser beneficiarios de los programas sociales que apoyan a las personas con VIH.

Apoyo de las sociedad civil para la promoción y defensoría de los derechos de los migrantes

Las clínicas jurídicas para migrantes del Centro de Estudios Legales y Sociales, la Comisión de Apoyo al Refugiado y la Universidad de Buenos Aires (CELS-CAREF-UBA) en Buenos Aires y la Fundación ANDHES en la provincia de Jujuy desarrollaron actividades con el objetivo de generar condiciones que permitan elevar el nivel de observancia de los derechos de salud sexual y reproductiva (SSR) de jóvenes y mujeres migrantes bolivianas en las zonas de frontera de Salta y Jujuy. El propósito de estas actividades fue lograr articular acciones y formar a operadores locales en la atención, orientación y defensa de los Derechos de SSR de las mujeres migrantes bolivianas. Se han desarrollado tres actividades: por un lado, la identificación de organismos y agencias que tienen una intervención directa o indirecta en el proyecto con el objetivo de articular compromisos, la recopilación de información y creación de una base de datos de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en relación con la comunidad de inmigrantes bolivianos y/o en relación con

las temáticas que intervienen en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la misma. Por último la capacitación de operadores locales de la Clínica Jurídica en materia de Derechos económicos, sociales y culturales, con especial foco en derechos de Salud Sexual y Reproductiva. La Fundación ANDHES realizó también un taller con trabajadores/as y funcionarios/as del sistema de salud municipal de las dos ciudades de frontera: La Quiaca y Villazón.

Producción y sistematización de información

En lo que respecta a actividades vinculadas a la producción y análisis de información sobre la situación de los inmigrantes, a mediados de 2010 la Dirección Nacional de Población diseñó una investigación sobre migración, fecundidad y familia entre mujeres de los colectivos migratorios más dinámicos en la Argentina (bolivianas, paraguayas y peruanas). La encuesta, que actualmente se está realizando, está dirigida a generar información sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres inmigrantes recientes entre 18 y 45 años de edad. Asimismo contempla analizar su situación familiar, particularmente en lo que respecta a sus hijos, el fenómeno de la maternidad a larga distancia y los procesos de reunificación familiar.

Un componente importante del proyecto fue el de estimular contactos con el gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia a fin de intercambiar información, consensuar iniciativas y articular acciones conjuntas.

Durante el mes de agosto de 2010 se realizó la segunda reunión binacional en las dependencias de la Cancillería boliviana en la ciudad de La Paz. En esta segunda reunión se presentaron los avances del proyecto en ambos países. Mediante el intercambio se conocieron los actores del estado que estaban participando y se consensuaron acciones en común. Esto último fue importante debido a que en los niveles de decisión de ambos países ya no estaban los funcionarios que habían participado en la primera reunión en Buenos Aires, con excepción de una persona, y UNFPA funcionó como memoria del proceso. Se definió la elaboración conjunta de materiales y se programó una visita de una delegación de Bolivia a Buenos Aires para cuando fueran a recorrer los consulados bolivianos en Argentina.

Finalmente, se hicieron evaluaciones propias de los organismos involucrados a fin de establecer la contribución del proyecto de UNFPA para generar actividades por parte de las distintas dependencias gubernamentales y de la sociedad civil con objeto de garantizar el derecho a la salud.

Conclusiones

Se abrieron espacios de diálogo e interacción entre organismos del Estado y entre éstos y la sociedad civil. Las instituciones participantes, tanto gubernamentales como no gubernamentales, más directamente vinculadas con la temática de la salud reproductiva señalan líneas de acción concretas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención hacia las poblaciones inmigrantes. En los otros casos, las respuestas apuntan al fortalecimiento de líneas de acción o actividades existentes y al señalamiento de la necesidad de articulación entre instancias de gobierno y de producción de información.

Desde la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable una de las acciones incorporadas a partir de la participación en el proyecto ha sido poner énfasis en los grupos de inmigrantes como sujetos de derecho, algo que no estaba explícito en el pasado. Esta mayor visibilidad de la problemática de los inmigrantes conduce a continuar con estrategias específicas de acercamiento a dichas poblaciones como las que se han venido desarrollando: la incorporación de las características de los migrantes en el material instructivo de las unidades de salud, el diálogo con organizaciones de migrantes, etc.). De igual manera, plantea la necesidad de buscar maneras de garantizar que estas estrategias se sostengan en el futuro.

La Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación señala que a consecuencia del proyecto se están desarrollando dos actividades tendientes a mejorar el vínculo entre los efectores de salud y las poblaciones de inmigrantes culturalmente diferentes. La primera es la elaboración de una guía sobre políticas de comunicación en salud desde una perspectiva intercultural, y la segunda, el diseño de un curso de formación virtual para equipos de salud en conjunto con el Plan Nacer, que incluya un capítulo sobre comunicación intercultural en salud.

La articulación entre instancias de gobierno en el desarrollo de iniciativas para mejorar los procesos de integración y participación social de los inmigrantes no sólo es uno de los aspectos más valorados del proyecto sino que también ha sido señalado como una de las nuevas actividades instauradas a partir del proyecto y con proyección a futuro. Se busca que los inmigrantes participen en la elaboración y validación de materiales del estado dirigidos al equipo de salud y a la comunidad de migrantes, en las reuniones de trabajo con los efectores y funcionarios de las provincias del proyecto y en los cursos, y de la misma manera, que las mujeres migrantes funjan como encuestadoras del estudio de la Dirección de Población.

En cuanto a los impactos del proyecto en las actividades que desarrollan las ONG, la Red Comunicacional Boliviana en Argentina señaló que se ha fortalecido las áreas de género, familia y niñez migrante y a su vez ha promovido la comunicación con otras ONG. Concretamente, la Red ha servido como canal de información con otras instituciones, movimientos, agrupaciones bolivianas y paraguayas, entre otras el Congreso Permanente para las Migraciones de Residentes Paraguayos en Argentina, que agrupa a 60 organizaciones paraguayas de toda la Argentina.

En el caso de la Dirección Nacional de Población (DNP), la labor de capacitación realizada y la participación en la mesa intersectorial generaron la inquietud de producir información cuantitativa sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes recientes, así como de promover que éstas conozcan sus derechos. Motivada por la falta de información específica, la DNP, con fondos propios, el apoyo de UNFPA y la colaboración de la Dirección Nacional de Migraciones, ha diseñado una encuesta sobre migración, fecundidad y familia. La decisión se tomó "justamente apuntando a cubrir el vacío de información existente y actualizada en esa área".

Mediante los datos recolectados con la encuesta sobre el acceso a servicios de salud reproductiva y el grado de conocimiento de derechos por parte de la población inmigrantes, la Dirección de Población planea realizar a partir de fin de año estudios que contribuyan al diseño de estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las poblaciones de inmigrantes.

Finalmente, el proyecto UNFPA "Mujeres y jóvenes migrantes bolivianos: acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH" fue desarrollado en un contexto político social y normativo favorable, lo cual sin duda redundó en que haya tenido un impacto significativo a nivel institucional. Las apreciaciones por parte de las instituciones participantes han sido muy positivas y tendientes a que las acciones desplegadas sean sustentables en el tiempo. La agenda de los organismos participantes incorpora la problemática del derecho a la salud de las poblaciones inmigrantes y la necesidad de mejorar la calidad de los servicios a fin de lograr un acercamiento mayor y más efectivo.

Si bien los logros han sido vastos, queda mucho por hacer. Son numerosos los retos que quedan a futuro: desde la producción de conocimiento específico sobre las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud de las poblaciones de inmigrantes, hasta acciones más explícitas para mejorar la comunicación intercultural entre efectores de salud y pacientes inmigrantes. La combinación de una gestión pública receptiva y la existencia de ONG

comprometidas y activas genera una sinergia muy positiva que vale la pena fomentar.

Referencias

1. Giustiniani R, comp. Migración: un derecho humano. Buenos Aires: Ed. Prometeo, 2004.
2. Centro de Estudios Legales y Sociales y la Federación Internacional de Derechos Humanos (CELS-FIDH). Avances y asignaturas pendientes en la consolidación de una política migratoria basada en los derechos humanos [Estudio]. Buenos Aires, abril 2011.
3. Cerrutti M. Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. 1ª edición. Argentina: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD; Centro de Estudios de Población – CENEP; Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011.
4. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación [sitio de internet]. Argentina: MSAL. [Consultado 2011 sep 28]. Plan de reducción de la mortalidad materno infantil, de la mujer y la adolescente; [una pantalla]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica.html

BOLIVIA

Visibilizando la migración boliviana: Comisión Nacional del Eje 2

Antonio Gómez

Introducción

La consideración del tema de las migraciones y la salud en el marco del proyecto “Promoción de los Derechos Humanos de Jóvenes y Mujeres Migrantes y Fortalecimiento de los Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, incluido el VIH/SIDA y la Violencia de Género en Zonas Fronterizas de Países Seleccionados” demanda una base mínima de acuerdos para el tratamiento de las características de la movilidad de la población y las migraciones en ambos lados de la frontera.

En los países donde se originan los flujos migratorios –como Bolivia– el abordaje de las estrategias diseñadas por la iniciativa regional fue cualitativa y cuantitativamente distinto del que se dio en los países receptores de estos contingentes migratorios. Tanto la proporción de los recursos financieros asignados a las actividades de uno y otro lado de la frontera, como la complejidad de la problemática, determinaron objetivos específicos. En el proyecto binacional Argentina-Bolivia, se buscó que éstos fuesen complementarios y tuviesen un solo sentido: el beneficio de los jóvenes emigrantes a la República Argentina.

La Comisión Nacional del Eje 2 en Bolivia decidió unánimemente definir como población de atención prioritaria del proyecto a las colectividades de migrantes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, que alberga 60 por ciento de la población boliviana residente en Argentina. En la toma de esta decisión influyó tanto la dimensión cuantitativa del fenómeno social en Argentina, como la debilidad estructural de la presencia del Estado en la frontera sur (a más de mil kilómetros de distancia de la sede de Gobierno) y la escasa o nula existencia de proyectos o iniciativas en curso, gubernamentales o no gubernamentales, en los dos países implicados.

Este documento destaca los principales alcances y efectos de las estrategias de la Comisión del Eje 2 en el marco del mencionado proyecto durante los dos años de su implementación.

Contexto
Bolivianos a Argentina

La migración y la movilidad poblacional de Bolivia a Argentina tienen una historia secular. Una extensa bibliografía sobre este fenómeno social ha servido de materia prima a sociólogos, historiadores, políticos, economistas, demógrafos y otros investigadores de las Ciencias Sociales. Ya en el siglo XX, durante los años 1930 - 1960, esta migración se caracteriza como esencialmente rural-rural y se localiza sobre todo en el norte argentino. Los bolivianos –que provenían en su mayoría de las comunidades de los Departamentos de Potosí y Cochabamba– se insertaron casi todos en el agro: zafras, vendimia y otros.

A partir de los años 70, el proceso migratorio hacia Argentina se complejiza y la migración boliviana se diversifica (rural-rural, urbano-rural, rural-urbano) y tiene como objetivo de residencia las ciudades capitales de las provincias argentinas, principalmente Buenos Aires. En cuanto a la inserción laboral, los sectores de la construcción, la manufactura textil y el trabajo doméstico atraen a los mayores contingentes de migrantes.[1] El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina[2] determinó que la comunidad boliviana es el segundo contingente extranjero más numeroso en ese país, con 345 272 residentes de los cuales 171 493 son hombres y 173 779 son mujeres. Estos datos difieren de las cifras manejadas por los residentes bolivianos en Argentina, quienes afirman que superan el millón de personas.

Los estudios de Marcela Cerrutti y Alejandro Grimson, realizados en el marco del proyecto binacional, establecen claramente el gran peso relativo que adquieren, durante las últimas décadas, la Provincia de Buenos Aires y la ciudad de Buenos Aires en relación con el total de residentes bolivianos en el país.

Cuadro I
Rango de distritos agregados con presencia boliviana, años 1980, 1991, 2001

	1980		1991		2001	
Destinos	Total bolivianos	% dentro del total de bolivianos	Total bolivianos	% dentro del total de bolivianos	Total bolivianos	% dentro del total de bolivianos
Pcia. de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires	49 539	42%	68 205	46%	139 417	60%
Jujuy y Salta	48 544	41%	51 720	35%	52 027	22%
Mendoza	9 114	8%	14 165	9%	18 742	8%
Córdoba	3 366	3%	4 255	3%	6 857	3%
Santa Fe	1 770	1%	2 381	2%	2 247	1%

Fuente: Grimson A, Masson L. Migración Internacional y Desarrollo con Enfoque de Género e Intergeneracional: Bolivianos en la Argentina. Bolivia: UNFPA, Comisión Nacional del Eje 2, 2010.

Conforme a los resultados obtenidos en los estudios mencionados, las principales características de la colectividad boliviana que reside en Argentina son, en síntesis:[3,4]

- Inmigración de larga data, con un gran dinamismo en la actualidad.
- Diversificación de los destinos migratorios en Argentina, con una creciente concentración en Buenos Aires (CABA y Provincia de Buenos Aires) y una significativa movilidad circular y temporaria en la frontera.
- Persistencia de la migración de carácter familiar, con una creciente presencia femenina.
- Marcada diferencia de los perfiles sociales y demográficos en Buenos Aires y Jujuy, con una mayor incidencia de inmigrantes recientes y en edad reproductiva en la región bonaerense.
- Segregación espacial elevada y condiciones habitacionales deficientes. Predominio del trabajo precario con muy malas condiciones laborales y sin acceso a obras sociales o a un seguro de salud.
- Mayor incidencia de embarazo entre estas adolescentes que entre las nativas, en particular en Jujuy y también entre las que llevan menos tiempo residiendo en Argentina.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, las características de la colectividad boliviana residente en Argentina se resumen como sigue:

- El machismo y la sumisión femenina son concebidos por los prestadores de servicio de atención de la salud (o efectores) como elementos definitorios de un conjunto de conductas vinculadas a la salud sexual y reproductiva.
- El papel de la mujer es entendido en La Quiaca y Jujuy en un marco cultural más amplio que en Buenos Aires; es decir, hace alusión a un sistema de organización social y familiar ancestral.
- La demanda de anticoncepción se muestra insatisfecha; se señalan dificultades de acercamiento y de diálogo derivadas de la distancia cultural.
- Las migrantes bolivianas se acercan a los servicios de planificación luego de haber tenido varios hijos; lo que algunos efectores interpretan como una imposición masculina y otros como una preferencia cultural.
- El método anticonceptivo preferido es el inyectable; el más rechazado es el preservativo. Los maridos tienen la última palabra en la elección del método.
- La comunicación y el trato con las pacientes bolivianas se distingue por su nivel de instrucción: si su instrucción formal es escasa y provienen de áreas rurales, la comunicación implica un reto para los prestadores de servicio de atención de la salud, quienes tienen grandes problemas para darse a entender y generar confianza.
- Las conductas preventivas como, por ejemplo, la realización de pruebas de Papanicolau (PAP) en tiempo y forma son escasas.
- Las mujeres embarazadas se someten, en promedio, a menos controles prenatales que las nativas.
- El parto en cuclillas (una práctica ancestral) se ofrece sólo en un número limitado de hospitales; por lo general no se ofrece ni se solicita; cuando se ofrece, es considerado como una expresión de respeto y de calidad de la atención.
- Los recién nacidos de las mujeres de origen boliviano tienen un peso más elevado que los hijos de las mujeres nativas, a pesar de que las primeras se someten a menos controles prenatales. Al respecto, se señala la influencia potencial de factores protectores, entre los que destaca la más baja incidencia de fumadoras respecto de las puérperas nativas.

Necesidades de salud sexual y reproductiva y acceso a los servicios

En cuanto al acceso a los servicios de salud pública, Alejandro Grimson sostiene que las leyes operan positivamente en la garantía de los derechos de los migrantes, en particular la Ley de Migraciones (aprobada en 2003). Las dificultades de acceso a la salud detectadas entre los inmigrantes se concentran en el personal administrativo.

"Sin embargo, es necesario destacar una vez más que la garantía del acceso a la salud no significa ausencia de formas de discriminación más abiertas en algunos casos, más sutiles en otros, hacia los/as migrantes limítrofes. Esta situación queda muy bien representada en la expresión pronunciada por efectores de la salud en varias oportunidades: "atender, se los atiende igual""[4]

En cuanto a las necesidades de salud sexual y reproductiva, el diagnóstico realizado en 2009 por Marcela Cerrutti identifica, por un lado, la percepción que tienen los prestadores de servicio de atención a la salud de los pacientes migrantes y, por el otro, la percepción de las propias mujeres migrantes.

La percepción de los efectores sobre los pacientes migrantes se resume como sigue:

- Si bien los prestadores de servicio de atención de la salud pueden desconocer la ley, saben que no pueden limitar la atención a determinados pacientes, cualquiera que sea su origen.
- Los problemas en los servicios de salud de La Quiaca, San Salvador de Jujuy y alrededores, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires son diferentes:
- En La Quiaca, la preocupación radica en el uso considerado "indebido" de los servicios públicos de salud por parte de bolivianos supuestamente no residentes en el país. Los temas más conflictivos son: a) el parto de las madres bolivianas; b) las dificultades en la comunicación médico-paciente, y c) el financiamiento y la falta de reciprocidad.
- En otras ciudades de Jujuy, la definición de quién es y quién no es boliviano se vincula al tiempo de residencia en el país. La distinción entre las diversas figuras de usuarios bolivianos establece el grado de legitimidad que se otorga a la demanda.
- En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires la atención es irrestricta y la legitimidad de la demanda no se discute.

- La problemática social de la comunidad boliviana (su situación laboral en los talleres textiles y en la agricultura), las condiciones de explotación y las condiciones de salud aún peores de los inmigrantes recientes se señalan como principales causas de la afectación de su salud, en particular de la alta incidencia de tuberculosis.
- Los dificultades recurrentes son: a) que la demanda de atención por parte de la comunidad se da sólo cuando surge un problema; es decir que la propensión a la prevención es baja; b) la escases de controles y el rechazo a determinadas intervenciones; c) las trabas para entablar relaciones de confianza con el médico, y d) la falta de continuidad y seguimiento.

La percepción de las propias mujeres migrantes se resume como sigue:

- En Jujuy se tiende a enfatizar las semejanzas de la cultura de origen con la cultura local, sobre todo en las áreas rurales.
- En Buenos Aires se reconocen las diferencias culturales pero hay escasas iniciativas institucionales para atenderlas. Predominan los acercamientos individuales de migrantes y efectores en función de su sensibilidad y su empatía.
- Deben emplearse estrategias para mejorar la comunicación, como el empleo de palabras y giros idiomáticos, y las referencias a aspectos, festividades, etc. autóctonos.
- La aceptación del parto en cuclillas es limitada.

Implementación y resultados del proyecto

La primera reunión binacional se llevó a cabo el 9 de mayo de 2009 en el Palacio San Martín, y los acuerdos alcanzados en dicha reunión fortalecieron los mecánicos de coordinación institucional creados en cada país y permitieron que los gobiernos se apropiaran del proyecto, lo que resultó fundamental para su implementación, lo que se reconoció y se valoró en la segunda reunión, realizada en el Ministerio de Relaciones Exteriores del Estado Plurinacional de Bolivia, en La Paz, el 20 de agosto de 2010. Se espera que la tercera reunión sirva para informar sobre el avance de esta fase de trabajo en ambos países, y para establecer las bases institucionales para la continuidad del proyecto. Entre los mecanismos de coordinación establecidos está el Comité Coordinador Proyecto Bolivia: “Igualdad de Género, Derechos Reproductivos y Respeto a la Diversidad Cultural en América Latina y El Caribe”, que tuvo su IV Reunión el 30 de octubre de 2009. La Agencia Española de Cooperación

Internacional para el Desarrollo (AECID) forma asimismo parte activa de la Comisión boliviana del Eje 2.

El proyecto se coordinó con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, como: la Cancillería, el Ministerio de Salud y Deportes, el Ministerio de Justicia, la Defensoría del Pueblo, el Instituto Nacional de Estadística, la Universidad Mayor de San Andrés, la AECID y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Se estableció un convenio con el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF) para desarrollar un plan mediático sobre los derechos ciudadanos y la salud sexual y reproductiva. También se estableció un convenio con la ONG Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) para difundir en los medios masivos de comunicación de Argentina material que informe sobre los derechos de los migrantes bolivianos, y que oriente su acceso a los servicios de salud. Las líneas estratégicas del proyecto apuntaron a: 1) el fortalecimiento institucional de los organismos de los distintos sectores involucrados en los temas de salud y migración de ambos países, 2) la incidencia en la participación comunitaria de los migrantes bolivianos, 3) las alianzas regionales, y 4) el fortalecimiento de los sistemas de información.

Dentro de la línea estratégica de "Fortalecimiento de Instituciones Regionales y Nacionales", las actividades de apoyo al Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de su Dirección de Asuntos Consulares, fueron importantes y concentraron muchos de los recursos y el tiempo asignados al proyecto. La conformación de la Comisión Nacional del Eje 2, encabezada por la Dirección de Asuntos Consulares, fue fundamental para la ejecución del proyecto, para su apropiación por parte del Gobierno y para su futura sostenibilidad. La política pública en torno a las migraciones se ha fortalecido en el plano de la Cancillería y el Ministerio de Salud y Deportes, gracias a la conformación de la comisión nacional ad-hoc con funcionamiento regular y continuo, encabezada por la Dirección de Asuntos Consulares del Ministerio de Relaciones Exteriores. Por su parte, la iniciativa regional y binacional ha establecido vínculos para actuar conjuntamente en cuanto a un tema específico y ha promovido una visión integral e integrada para el diseño de las políticas en materia de migración internacional entre instituciones tan poco relacionadas entre sí como la Cancillería, el Ministerio de Salud y Deportes o el Ministerio de Justicia.

La política pública en asuntos consulares se ha visto fortalecida gracias al diagnóstico promovido en Bolivia por el Eje 2, en coordinación con la Dirección General de Asuntos Consulares del Ministerio de Relaciones Exteriores, para identificar las necesidades materiales de los Consulados de Mendoza, Rosario, Salta, Jujuy y Buenos Aires. A partir de dicho diagnóstico

se ha ofrecido apoyo técnico y financiero a la Dirección General de Asuntos Consulares del Ministerio de Relaciones Exteriores para crear en los consulados bolivianos en Argentina la capacidad de comunicar e informar, y para promover el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y la exigibilidad de los derechos. Con este propósito, se ha adquirido equipo (TV, DVD, cámara fotográfica, data show, e impresora) que fortalece a los Consulados de Buenos Aires y Mendoza en su Plan de Medios.

El "Empoderamiento de Organizaciones Civiles", tuvo un alcance limitado. En Bolivia no hay organizaciones sociales con representatividad legítima e importante asociada a la problemática en cuestión, por lo que su socialización y su concientización se dieron más bien a través del Comité Coordinador, mecanismo creado a partir de los Ejes de la iniciativa regional boliviana, y que aglutina sus organizaciones sociales más grandes e importantes, como Bartolina Sisa, Gregoria Apaza y otras.

Las colectividades de residentes bolivianos en Argentina sintieron que por primera vez se enfocan y se atienden sus necesidades –en materia de salud sexual y reproductiva– y sus derechos, tanto por parte del gobierno de Bolivia a través de sus consulados, como por parte de Argentina a través de sus servicios de salud. Para conseguir ese objetivo, el Eje 2 Bolivia focalizó el proyecto y gran parte de sus escasos recursos en las siguientes líneas estratégicas de acción:

- Socializar el proyecto del Eje2 entre los distintos grupos de asociaciones de bolivianos y la sociedad civil de Argentina, en las provincias de Mendoza, Rosario, Salta, Jujuy y Buenos Aires, con la coordinación de los Consulados Bolivianos y con la Dirección General de Asuntos Consulares del Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Elaborar, en coordinación con la Dirección General de Asuntos Consulares del Ministerio de Relaciones Exteriores, un plan de medios. Están en proceso de producción cinco microinformativos dirigidos a los migrantes potenciales para promover los derechos humanos, e informar sobre la salud sexual y reproductiva, que se van a difundir en los distintos medios de comunicación de las zonas fronterizas con Argentina.
- Consolidar una alianza estratégica con el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF), organización que trabaja con mujeres bolivianas. Los productos finales del plan mediático (afiches, calendarios, cuñas radiales, entre otros) se diseñaron con la intervención de mujeres migrantes y se difundieron en eventos religiosos y culturales de la colectividad boliviana en Argentina. En las ges-

tiones de 2010 y 2011, se han planificado actividades de difusión de los derechos ciudadanos de los migrantes, y de salud sexual y reproductiva en distintos eventos (religiosos, culturales, deportivos) de la colectividad boliviana que reside en el país.

- Apoyar campañas radiales y de material impreso para la socialización de los derechos de los migrantes a la salud y otros temas del mandato de la iniciativa regional.

En relación con la "Estrategia Regional de Abogacía y Alianzas", en ambos lados de la frontera se establecieron relaciones de trabajo con organizaciones no gubernamentales y con las agencias de cooperación internacional ligadas al proyecto regional, como la AECID y la OIM. A través de los Ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores, se identificaron otros mecanismos nacionales (Mesa Interinstitucional de Migraciones) e internacionales (Convenio ARBOL III) para discutir e incorporar las lecciones aprendidas y los resultados positivos del proyecto.

En cuanto al "Fortalecimiento del Conocimiento y Sistemas de Información", la imposibilidad de contar con otras fuentes de información sobre las migraciones bolivianas hacia la República Argentina (tales como registros administrativos, datos censales o encuestas especializadas) determinó que el Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín realizara un estudio cualitativo que aportó información sobre aspectos socioculturales y socio-demográficos de las colectividades bolivianas de Salta, Jujuy, Mendoza y Rosario, y complementó el estudio elaborado por Marcela Cerruti, gracias a la iniciativa del Eje 2 en Argentina. Estos estudios orientaron los objetivos y las actividades del proyecto en ambos países.

Destaca el proceso en curso entre los sistemas de salud pública de ambos países para el acceso compartido y la colaboración para la creación del Carnet Único de Salud que permita brindar servicios de calidad en zonas fronterizas de Bolivia y Argentina. Esta negociación se realiza entre la Cancillería y el Ministerio de Salud y Deportes. Finalmente, el logro más relevante para la sostenibilidad del proyecto en ambos países fue su apropiación paulatina por parte de las comisiones de gobierno que se conformaron para ejecutar las actividades del Eje 2.

Conclusiones

Entre los principales actores del proyecto, se reconoce tácitamente, en general, que la legislación y la normativa vigentes en Argentina, relativas a la problemática migratoria, favorecen el ejercicio de los derechos y el acceso a los servicios de salud.

Se reconoce, asimismo, que los grupos de migrantes bolivianos más vulnerables no se hacen visibles debido a su falta de relación con las numerosas "asociaciones de residentes bolivianos" (se estiman unas 300 en Argentina), sus condiciones de servidumbre y esclavitud en talleres de manufactura textil, su monolingüismo (hablan idiomas nativos de Bolivia) y su escaso o nulo ejercicio de sus derechos en sus comunidades de origen. Si bien los testimonios recogidos de las propias migrantes manifiestan cambios en ciertas pautas culturales en relación con su contexto de origen, estos no revelan cambios profundos en los papeles y las relaciones entre los sexos. La exclusión, la subordinación y la discriminación en todos los espacios de la sociedad siguen constituyendo la problemática más significativa que padece una buena parte de la colectividad boliviana en Argentina.

La principal barrera en cuanto a la implementación misma del proyecto fue política; hubo una ardua labor de socialización y concientización, y un diálogo político permanente, para lograr que las autoridades de gobierno decidieran participar en un proyecto de esa naturaleza. Las reuniones binacionales sirvieron para allanar la ejecución de las actividades consensuadas. Otra barrera la constituyó el cambio de autoridades comprometidas con las actividades del Eje 2, ya fuera por reestructuraciones institucionales frecuentes (Bolivia) o por emergencias sanitarias como la de la gripe A (Argentina).

Entre las lecciones aprendidas destaca la necesidad de una coordinación permanente nacional y binacional. Sin una comunicación continua, las labores en uno lado y otro lado de la frontera pueden verse desvirtuadas por intervenciones ineficaces que retrasen u obstaculicen el logro de los objetivos. En tal coordinación, el liderazgo debe recaer, desde luego, en los gobiernos y no en las oficinas nacionales del UNFPA, como sucede muy a menudo. Así, la sostenibilidad del Eje2 Argentina–Bolivia depende de la medida en que los gobiernos se apropien del funcionamiento permanente de los mecanismos de coordinación creados gracias al proyecto. La inclusión de una cláusula –cuyo proyecto de redacción ya se discutió con el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia– que ratificara la institucionalidad de ambas comisiones en el Convenio AR-BOL IV garantizaría la continuidad del trabajo establecido por el Eje 2 en los dos países involucrados.

Referencias

1. Quiroga-Arauco V. Inmigrantes bolivianos en Argentina: Registro bibliográfico de los últimos 25 años (tesis). Buenos Aires: Universidad del Salvador en Buenos Aires Argentina, 2007.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Resultados Preliminares del Censo 2010 [publicación en Internet]. Argentina: INDEC, 2010. [consultado en septiembre de 2011]. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/definitivostotalxpais.asp
3. Cerrutti M. Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. 1ª edición. Argentina: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD; Centro de Estudios de Población – CENEP; Fondo de Población de Naciones Unidas, 2011.
4. Grimson A, Masson L. Migración Internacional y Desarrollo con Enfoque de Género e Intergeneracional: Bolivianos en la Argentina. Bolivia: UNFPA, Comisión Nacional del Eje 2, 2010.

COLOMBIA

Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para atender las necesidades en SSR, VIH/SIDA y violencia sexual de jóvenes y mujeres en frontera.

Martha Lucia Rubio Mendoza,
Erika Yamile Oliva Basante

Introducción

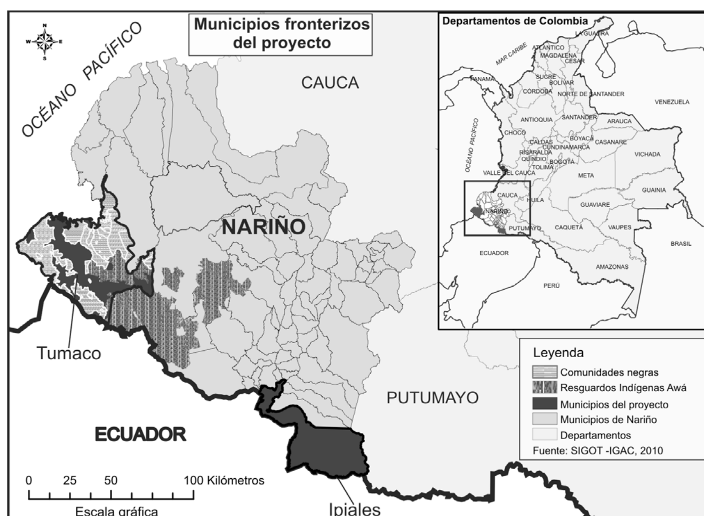
En Colombia, el proyecto de Migración y Salud se desarrolló en el Departamento de Nariño, en la frontera con las provincias ecuatorianas de Carchi y Esmeraldas. Dada la extensión territorial y la diversidad de las dinámicas sociales y políticas de la región, a partir de 2008 el proyecto se concentró en los municipios de Ipiales, y en 2010 se integró el municipio de Tumaco.

Contexto

Región fronteriza

La frontera colomboecuatoriana tiene una extensión de 585 kilómetros; la delimitan, del lado colombiano, los Departamentos de Putumayo y Nariño, y del ecuatoriano, las Provincias de Carchi, Esmeraldas y Sucumbíos. Tres áreas continentales la caracterizan: el pacífico, el andino y el amazónico (Figura 1).[1]

Figura 1.
Departamento de Nariño, Colombia



La región tiene una larga historia de intercambio sociocultural, que data de 500 a.C- 500 d.C.,[2] cuando se establecieron las primeras etnias del altiplano sur de Nariño, probablemente por el desplazamiento de los colonizadores de la sierra central del Ecuador. Hay aquí, desde entonces, una importante confluencia multiétnica flotante.

El departamento de Nariño[3] tiene una población de 1 541 956 habitantes y, según el Plan de Desarrollo de Nariño, la conforman 64 municipios, 67 resguardos indígenas y 56 consejos comunitarios.

Una de las principales fortalezas de Nariño es su población pluriétnica: 10.8% son indígenas, 18.83% tienen ascendencia africana y 70.4% son mestizos. Los pueblos indígenas son los Pastos, Inga, Awa, Eperara – Siapidara, Cofán y Quillacingas. La población de ascendencia africana está asentada sobre todo en Tumaco, Barbacoas, El Charco, La Tola, Magüí-Payán, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Roberto Payán, Santa Bárbara, aunque también hay importantes asentamientos en El Rosario, Cumbitara y Policarpa. De la población residente en Ipiales, 27,7% declara ser indígena, y de la población residente en Tumaco 88,8% declara ser negra o mulata, afrocolombiana o de ascendencia africana.

La economía del Departamento de Nariño depende de la agricultura (el área andina produce papa y en la zona pacífica se cultiva la palma). Si bien Tumaco es la zona más pobre del departamento, cerca de 95% de sus exportaciones proviene de allí y de la subregión pacífica, con la producción de aceite de palma y productos pesqueros.[4]

En el departamento de Nariño persisten el aislamiento y la pobreza, en particular en las áreas rurales y en la zona occidental. El narcotráfico y el conflicto armado en Colombia han afectado gravemente este territorio, lo que se manifiesta en un conflicto armado interno (la zona hospeda grupos armados como la guerrilla y las bandas criminales (BACRIM), y una fuerza pública creciente), cuyos efectos determinan la vida de la población, víctima de la violencia,[5] pues se traducen en el debilitamiento de las organizaciones étnico territoriales (consejos comunitarios y resguardos indígenas), el desplazamiento masivo, amenazas, extorsión y secuestros, asesinatos selectivos, masacres, el reclutamiento forzado y niños sicarios, violencia basada en género, restricción de la movilidad, la trata de personas, entre otros muchos problemas.

La salud sexual y reproductiva, el VIH/Sida y la violencia sexual

El sistema de salud de Colombia se basa en un modelo de aseguramiento de mercado regulado, con dos regímenes de afiliación: el Régimen Subsidiado, al que pertenecen las personas sin capacidad de pago, donde el Estado subsidia

la atención mediante una red pública de hospitales, y el Régimen Contributivo, al que pertenecen las personas con capacidad de pago, ya sean trabajadores independientes o asalariados, quienes cotizan en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las Empresas Promotoras de la Salud (EPS), administran los recursos de las cotizaciones o los subsidios, y contratan una red de prestadores de servicios de salud (públicos o privados) que incluye la promoción, la prevención y la atención individual. El Estado maneja los eventos de alta externalidad mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que complementa a las EPS. Este marco de servicios para la salud atiende a la población residente en cualquier lugar de Colombia. En Nariño, 89% de la población está afiliada al SGSSS; en Tumaco, 90,1%, y en Ipiales, 87,5%. Sin embargo, el estar asegurado en el SGSSS, no garantiza el acceso a los servicios de salud, puesto que hay muchas barreras geográficas, culturales y de la propia estructura administrativa del sistema.

Con respecto a los principales indicadores de salud sexual y reproductiva (SSR) del departamento, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud[6] (ENDS) 2010 (Cuadro I), llama la atención la proporción de embarazos en adolescentes (por encima del rango nacional), el uso del condón y el acceso a la prueba para VIH, especialmente entre las jóvenes. Destaca, asimismo, la proporción de violencia sexual y de violencia contra la mujer.

Cuadro I.
Algunos indicadores sobre la SSR, el VIH/SIDA y la violencia sexual en el departamento de Nariño y en Colombia

Indicadores	Nariño	Colombia
Edad mediana de primera relación mujeres de 20 a 49 años	18.4	18
Porcentaje de adolescentes (15- 19 años) que ya son madres o están embarazadas por primera vez	21.8%	19.5%
Porcentaje de mujeres en unión que usan métodos modernos de planificación	76.6%	72.90%
Porcentaje de mujeres que usan el condón como método de planificación	5.2%	7%
Proporción de partos atendidos en los establecimientos de salud	89.5%	95.4%
Proporción de mujeres que justifican que una mujer rechace tener relaciones sexuales con su esposo si éste tiene una ITS	74.4%	80.5%
Proporción de mujeres que saben donde hacerse la prueba de VIH	78.5%	77.4%
Proporción de mujeres que se han hecho la prueba y han recibido el resultado	35.9%	39.6%
Uso del condón en la primera relación sexual entre las adolescentes	46%	52%
Porcentaje de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años	11.2%	13.6%
Uso del condón durante la primera relación sexual en las adolescentes	45.7%	51.6%
Proporción de mujeres entre 15 y 24 años que se han hecho la prueba para VIH y recibido los resultados	14.5%	16.6%
Proporción de mujeres que sufrieron alguna lesión como resultado de un episodio violento de su esposo o compañero	87.4%	85.3%
Proporción de mujeres que visitaron al médico o centro de salud para el t/o de la lesión	18.9%	21.4%
Proporción de mujeres violadas por un desconocido	27.85	16.0%

Fuente: Encuesta nacional de Demografía y Salud. 2010

Es de destacar que Tumaco presenta los indicadores de salud sexual y reproductiva más críticos del Departamento, es así como se observan las mayores tasas de incidencia de sifilis congenita (8.3 x 1000 nacidos vivos) y gestacional (23.8 x 1000 nacidos vivos) y VIH/SIDA con una tasa de incidencia de 13.97 x 10.000 habitantes. De igual manera la mayor proporción de embarazos en menores de 20 años (32%) y de muertes maternas (63.94 x 100.000 nacidos vivos).[7]

La violencia sexual es usada por los actores del conflicto como arma de guerra o estrategia para atemorizar a la comunidad y humillar al enemigo.[8] Sus principales víctimas son mujeres y niñas. Según la "Primera encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado Colombiano",[9] de 2001-2009, el promedio de las víctimas en los municipios con presencia de la fuerza pública y actores armados ilegales

era de seis mujeres por hora. De acuerdo con el testimonio de las mujeres en Ipiales y Tumaco, estos delitos no son denunciados o permanecen impunes, pese a que hay ahí una ruta de prevención y atención integral para las víctimas, lo que responde al temor a las represalias por parte de los actores armados. Esto evidencia cómo la atención de casos de violencia basada en género relacionados con el conflicto armado implica riesgos para todos los actores involucrados, incluidas las instituciones.

Según datos del Instituto de Medicina Legal correspondientes a 2010, en Nariño se atendieron 408 casos de dictámenes médicos legales por presuntos delitos sexuales, 348 contra mujeres y 60 contra hombres. De los 56 casos reportados en Ipiales, 16 víctimas eran hombres y 40 mujeres y, de los 56 casos reportados en Tumaco 7 fueron contra hombres y 59 contra mujeres. La mayor tasa, en número relativos, corresponde al municipio de Ipiales, con 45 por cada 100 000 habitantes[8]. De acuerdo con el análisis de violencia contra la mujer, realizado en 2011 por la Mesa de Género del equipo humanitario local de Nariño, este tipo de violencia compite con el confinamiento, las masacres y el desplazamiento, por lo que es poco visible y no se distingue en el panorama completo del conflicto armado, lo que da lugar a errores en la operatividad de las rutas de prevención, atención y seguimiento de la violencia basada en género.

Caracterización del desplazamiento y la movilidad

El desplazamiento forzado es una violación de los derechos humanos que genera temor, ocasionada por actores que utilizan la fuerza y la intimidación sobre las víctimas para imponer su voluntad y forzar el abandono del lugar donde viven o generan su sustento económico. Es un evento traumático transformador de la vida y de la autonomía de las personas y las comunidades.[10]

Según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) y Acción Social,[11] el Departamento de Nariño, a la vez receptor y expulsor de población desplazada, ocupa desde 1999 el cuarto lugar en el país. Entre 1998 y 2010 se reportó a 157 384 personas desplazadas, de las cuales 50,8% eran mujeres y 49,2%, hombres. Los principales sitios de recepción de la población desplazada son Pasto y las cabeceras municipales de las zonas donde el conflicto es más intenso, como Tumaco, El Charco, Barbacoas, Samaniego, Taminango, Ricaurte y Policarpa.

En los últimos años el desplazamiento en el departamento de Nariño ha aumentado; en 2009 hubo 9 878 casos, mientras que en 2010 se informó de 21 557[10]. Este desplazamiento obedece a la presencia de las FARC y otros grupos ilegales armados en la zona. La población más afectada es la indígena y

la afrodescendiente. Los municipios con mayor número de desplazados eran, en 2010, Tumaco, con 1 244 personas; el Charco, con 1 909 personas; Olaya Herrera, con 511 personas, y Santa Bárbara de Iscuande, con 270 personas.[12]

Cuadro II.
Movilidad y experiencia migratoria internacional: Nariño, Ipiales, Tumaco.

Indicador	Dpto. de Nariño	Municipio de Ipiales	Municipio de Tumaco
Experiencia migratoria internacional	1,1%	2,2%	1,9%
Lugar de residencia de la población que emigra de manera definitiva			
Ecuador	53,3%	85,1%	45,6%
España	12,4%	4,6%	15,8%
Venezuela			10,4%
Otro		3,9%	
EUA	10,7%		
Motivos para cambiar de residencia en los últimos cinco años			
Dificultad para conseguir trabajo	19,0%	37,6%	20,7%
Razones familiares	42,0%	39,1%	27,8%
Otra razón	15,4%	10,4%	10,4%
Amenazas a la vida	7,8%	3,2%	13,1%

Fuente: Departamento Nacional de Estadística, DANE. Boletín Censo General, perfiles. 2005.

El que en los cinco años considerados, 13,1% de la población de Tumaco (Cuadro III) cambiara de residencia por amenazas a la vida refleja las condiciones de violencia descritas previamente. De acuerdo con el estudio de la FLACSO- Ecuador,[11] gran parte de la migración a Ecuador se hizo buscando refugio. Este mismo estudio menciona que el flujo de refugiados colombianos en Ecuador ha tenido lugar en tres momentos: “a) durante los tres primeros años de la década de 2000, cuando comienza la afluencia; b) entre 2003 y 2007, cuando incrementa la ola de refugiados y hay una aceptación y un reconocimiento escasos del estatuto de refugiado; c) a partir de 2007, cuando el flujo es muy significativo. Según los resultados de la encuesta, en este último periodo arriba a las ciudades el grueso de la población refugiada”. Se estima que 12.5% de los refugiados en Quito y 8.6% de los refugiados en Guayaquil provienen de Nariño. En la zona fronteriza se moviliza, además, una población indeterminada entre la que se cuenta a trabajadoras sexuales que participan en la dinámica migratoria entre Colombia y Ecuador, y ejercen en ciudades como Tulcán, Sucumbíos e Ibarra.

Respecto de la discriminación referida por los refugiados en las áreas urbanas de Ecuador (Quito, Guayaquil), 58% la atribuyen a que son Colombianos, 18% a que son refugiados, 10% a que son mujeres, 5% al color de su piel, y 1% a su orientación sexual.[11]

Implementación y resultados del proyecto

El proyecto sobre migración y salud se conformó a partir del diagnóstico de las dinámicas institucionales y la SSR de la población, incluyendo el VIH/SIDA, en particular en las mujeres jóvenes y adultas de la zona fronteriza. En este apartado se describen los principales avances en cada uno de los ejes de este proyecto.

Fortalecimiento de la capacidad institucional para la atención de la SSR, con énfasis en la prevención del VIH/SIDA y la violencia sexual.

Dada la responsabilidad departamental de garantizar el acceso a la educación y la salud, entre otros derechos, el proyecto ha fortalecido la capacidad institucional de atención a la SSR en el Departamento de Nariño, cuyos principales socios son el Instituto Departamental de Salud y las Secretarías municipales de Salud de Ipiales y Tumaco. La propuesta de acompañamiento institucional presenta los siguientes avances.

Coordinación intersectorial, en particular en salud y educación, para la promoción de los DSR y la SSR, con la participación de organizaciones de la sociedad civil

Se trabajó de manera articulada para formular la política pública de equidad de género de Nariño en la línea "Mujeres con derecho a tener una vida libre de violencia", y aplicarla. La asesoría a la Gobernación de Nariño se enlaza con la Oficina de Política Social y con el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), en el marco del conflicto armado en las zonas fronterizas. El IDSN, con el acompañamiento de la Dirección y la Oficina de Salud Sexual y Reproductiva, ha ejecutado acciones tales como la elaboración del Plan Operativo Anual para 2011, que prioriza la prevención del VIH/SIDA y la violencia basada en género (VBG), poniendo énfasis en la violencia sexual en los municipios de Ipiales y Tumaco. Se designó a una profesional como punto focal para tratar los temas del VIH/SIDA y la violencia sexual en la zona fronteriza, quien tiene entre sus funciones la de articular y dar continuidad a las acciones emprendidas por el proyecto de Migración y Salud en los dos municipios mencionados.

La Gobernación de Nariño, conjuntamente con entidades del sistema de Naciones Unidas y ONG internacionales (Plan internacional), constituyeron una mesa intersectorial de prevención de VBG, para que acompañe a las instituciones locales en la formulación de rutas de prevención de VBG, y en la conformación y el fortalecimiento de mesas locales de género en Ipiales y Tumaco. Esta mesa reúne diferentes experiencias locales de trabajo en el tema, y acompaña al consejo departamental de política social.

Para garantizar los derechos sexuales y reproductivos (DSR), se ha fortalecido, asimismo, la capacidad de los actores responsables de aplicar la política nacional de SSR, en particular para la prevención de VIH/SIDA y VBG, en la zona fronteriza, mediante la capacitación de funcionarios en la implementación del modelo de atención integral del VIH/SIDA, acceso a prueba voluntaria de VIH, y medidas preventivas del VIH/SIDA y VBG, dirigidas a la población más vulnerable de Ipiales y Tumaco.

Diseño y desarrollo de planes y estrategias para la prevención del VIH/SIDA.

El trabajo en Ipiales se emprendió en 2008, y se logró que la dirección local de salud reconociera la vulnerabilidad de la población frente a VIH/SIDA-VBG, a partir de un diagnóstico por grupos tales como: trabajadoras sexuales, mujeres del área rural, jóvenes desplazados, y jóvenes con orientación sexual o identidad de género no normativa. Con la participación activa de los seis grupos de población priorizados, la Secretaría de Salud de Ipiales definió en 2009, estrategias pedagógicas para prevenir ITS/VIH/SIDA y VBG, y en 2010 incluyó las estrategias formuladas por estos grupos en contextos de gran vulnerabilidad, lo que implicó asignar presupuesto y capacitar a 60 profesionales de las instituciones de salud sobre la estrategia INTEGRA (acceso a la prueba voluntaria en VIH/SIDA). Por su parte, el comité de VIH/SIDA de Ipiales de la Dirección Local de Salud se fortaleció en los temas de prevención y atención integral de VIH/SIDA y, conjuntamente con el Consejo Municipal de Política Social de Ipiales, creó la Mesa Local de Género.

En Tumaco, el trabajo inició en 2009; la Secretaría de Salud local capacitó a 40 profesionales de la salud del hospital público Divino Niño, y a líderes de diferentes sectores sociales, en la estrategia INTEGRA, el acceso a APV en el marco de los servicios para la SSR, y estrategias de prevención del VIH/SIDA y VBG, dirigidas a la población más vulnerable por su contexto, con énfasis en las mujeres jóvenes y adultas. En 2010, la Dirección Local de Salud de Tumaco implantó el modelo INTEGRA, con un enfoque especial en la población joven identificada en los servicios SIAPA.

Diseño e implementación de rutas de atención y prevención de la violencia contra la mujer.

En Tumaco más que en Ipiales, la atención y la prevención de la violencia basada en género se han visto afectadas por el conflicto armado del departamento de Nariño, pues la debilidad institucional impide garantizar la atención a las víctimas de violencia sexual. En 2011, las rutas de atención de la violencia sexual basada en género –VSBG- en la zona fronteriza se han evaluado y verificado considerando la atención a la población desplazada; se han articulado, al respecto, acciones de capacitación con la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada de Tumaco y con ONG internacionales (como la Fundación Plan y la ONG María Fortaleza), para atender a la población desplazada. La capacitación incluye los temas de género, y las rutas de atención y prevención de la VSBG y del VIH/SIDA.

Asimismo, se ha coordinado la Mesa de Género del equipo humanitario local de Nariño, que prioriza el análisis de las afectaciones del conflicto armado en las mujeres de la zona pacífica (Tumaco), la zona de la cordillera y la zona fronteriza (Ipiales). La Mesa, junto con el Sistema de Naciones Unidas a nivel nacional, están abogando actualmente en torno a la violencia sexual basada en género en el marco del conflicto armado, a fin de propiciar una respuesta nacional más decidida para la prevención y favorecer así, el cumplimiento de las rutas de atención, las acciones de protección a las mujeres víctimas de violencia sexual, el cumplimiento de los acuerdos sobre la Resolución del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas 1325 y 1820, y la ejecución de acciones que incidan en la política pública local, en el marco del auto 092 (Sentencia 025 de la Corte Constitucional) y la ley 1257, entre otros.

Fortalecimiento de la capacidad de las Organizaciones de Base Social para exigir el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, y para organizarse.

Diseño de estrategias de capacitación para fortalecer a las organizaciones y las redes de mujeres jóvenes y adultas, y su aplicación.

A partir de la realización del proyecto, se ha buscado fortalecer la vinculación de las organizaciones y los grupos comunitarios, especialmente los de mujeres jóvenes y adultas. Al respecto destacan los logros que se describen a contnuación.

En Tumaco se han fortalecido las capacidades de jóvenes afrodescendientes vinculados al servicio integral para adolescentes y jóvenes (SIAPA) mediante la asistencia técnica del Fondo Mixto para promover las artes y la

cultura de Nariño. Con 60 jóvenes líderes, se elaboraron insumos conceptuales y metodológicos para aplicar estrategias de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y la prevención de violencia basada en género. En Ipiales, a partir de 2008 y tras la caracterización de la población en contextos de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA –realizada por la Universidad de Nariño mediante encuestas y grupos focales con mujeres del área rural, trabajadoras sexuales, jóvenes desplazados y población privada de su libertad–, las trabajadoras sexuales participaron en un encuentro binacional de Trabajo Sexual en la ciudad de Quito, Ecuador, y conformaron la Asociación de Mujeres Buscando la Libertad de Ipiales (ASMUBULI). Desde su creación, la ASMUBULI ha participado en la planeación de estrategias pedagógicas para prevenir el VIH/SIDA y la VBG; abogó y gestionó con el IDSN y la Secretaría de Salud de Ipiales para que se eliminara el carnet de las trabajadoras sexuales en el municipio (pese a estar prohibido en la norma), y lideró la construcción de la ruta de acceso a los servicios de SSR para las trabajadoras sexuales, lo que no sólo constituye una herramienta de acceso, sino que fortalece su capacidad de gestión y abogacía con la administración municipal.

La ASMUBULI está vinculada a la Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales y ha establecido alianzas con las trabajadoras sexuales de Ecuador, lo que ha permitido construir un plan de acción binacional para abordar los problemas de las trabajadoras sexuales de ambos lados de la frontera, en alianza con la oficina de UNFPA en Ecuador.

En la actualidad, la ASMUBULI es la única organización de trabajadoras sexuales del país. Ha puesto en marcha procesos de carácter nacional, y movilizado recursos del Fondo Mundial para el desarrollo de estrategias de prevención del VIH/SIDA, dirigidas a las trabajadoras sexuales de diferentes ciudades del país.

Por otra parte, se ha fortalecido la capacidad de la Fundación Entorno Diverso, que agrupa principalmente a jóvenes homosexuales. Esta Fundación elaboró estrategias pedagógicas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la VBG y VIH/SIDA, dirigidas a la población homosexual, difundidas en espacios virtuales de información y comunicación educativa. La Fundación participa, además, en la construcción de la política pública de la juventud del Departamento de Nariño.

Respecto de la población indígena Awa asentada en zona fronteriza, se ha trabajado con las líderes de las oficinas de Mujer y Familia de UNIPA y CAMAWARI (organizaciones del pueblo AWA de Nariño), quienes participaron en el diplomado de Salud Propia, con énfasis en la SSR, el cual fue acompañado por UNFPA y otras ONG internacionales como OXFAM. En este

diplomado se emitió la cartilla WAT-USAN, material pedagógico para capacitar a las mujeres Awa y las autoridades indígenas sobre prevención de la VBG y el VIH/SIDA.

Acciones desarrolladas con las instituciones departamentales para aplicar los enfoques sexual, poblacional y de derechos humanos (sexuales y reproductivos) en la planificación territorial.

Diseño de políticas para la juventud, que incorporan el enfoque poblacional, sexual y de derechos humanos (sexuales y reproductivos).

La política pública de juventud de Pasto de 2009, que promovió los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso a los servicios de SSR, se articula con la formulación de la política pública de juventud del Departamento de Nariño, y vincula a los jóvenes de orientación sexual diversa y a los de la zona fronteriza. En los diferentes encuentros en Pasto, se contó con una mesa binacional que analizó la dinámica migratoria y la vulnerabilidad de los jóvenes. En 2011, se formuló un plan binacional de jóvenes en las provincias del Carchi y Nariño, que está por ejecutarse. Para septiembre de 2011 se ha programado una feria Binacional de Salud Sexual y Reproductiva en la que se espera que este plan binacional comience su operación.

Diseño de sistemas de información.

Con la asesoría y la asistencia técnica a la Secretaria de Gobierno del departamento de Nariño, se formuló un proyecto para construir un sistema de información que incorpora el enfoque de género y población a partir de la metodología general ajustada (MGA). Con ello, se busca mejorar los procesos de diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que beneficiará cerca de un millón quinientos mil habitantes del departamento, donde alrededor de 50 % son mujeres, 19% jóvenes, 11,8 % indígenas y 18,8% afrodescendientes.

Coordinación binacional, interagencial e interinstitucional

Coordinación de las oficinas de UNFPA Ecuador y Colombia, y la cancillería de Colombia.

Mediante la coordinación de las oficinas de UNFPA en Colombia y Ecuador, el proyecto estableció un diálogo permanente de seguimiento con las canci-

llerías en reuniones binacionales y nacionales; diálogo que se fortaleció al reanudarse las relaciones diplomáticas entre los dos países en noviembre de 2010. En la última reunión binacional del proyecto, realizada en Bogotá, se contó con una importante delegación de las cancillerías de los dos países para determinar el plan de trabajo del proyecto Migración y Salud en 2011.

Coordinación interinstitucional

El desarrollo del proyecto se coordinó con la Gobernación de Nariño, el Departamento de Planeación, las Secretarías departamentales de Nariño y municipales de Salud de Tumaco e Ipiales y las oficinas de Género y Familia de las organizaciones indígenas del Pueblo Awá UNIPA y CAMAWARI. Asimismo, se desarrollaron acciones con el Sistema de Naciones Unidas mediante la coordinación de la Mesa de Género del IASC Nariño y, concretamente, en el trabajo conjunto con el Plan Internacional y la Fundación Arca de Noé (ONG del territorio).

Construcción de las alianzas o mecanismos de coordinación entre las agencias del SNU y otros operadores internacionales.

Como parte del proyecto, se coordinó la Mesa de Género del equipo humanitario local de Nariño (EHL-Nariño) que funciona como un espacio de diálogo, coordinación y planificación entre agencias y operadores internacionales para acompañar a la gobernación de Nariño en la formulación y aplicación de la política pública de equidad de género de Nariño, en la conformación de la asamblea permanente de mujeres indígenas de los seis pueblos de Nariño y en la visibilización de las afectaciones diferenciales del conflicto armado en las mujeres, en particular de la zona fronteriza.

Conclusiones

El proyecto Migración y Salud, tuvo como resultado un análisis de la dinámica migratoria en la frontera, sus determinantes y sus efectos sobre la SSR, especialmente de mujeres y jóvenes. Las instituciones del sector salud disponen hoy de mejores herramientas para prevenir y atender la incidencia del VIH/SIDA y la violencia sexual basada en género en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Las organizaciones de la sociedad civil de mujeres y jóvenes de la frontera fortalecieron la abogacía y el diálogo con las autoridades locales para exigir la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, y promover la prevención del VIH/SIDA y VBG. Las propias organizaciones participaron en

el diseño de estrategias pedagógicas y material educativo.

Los jóvenes y las trabajadoras sexuales disponen de planes de acción binacionales. Actualmente el Instituto Departamental de Salud de Nariño, por ejemplo, tiene una profesional encargada de coordinar las estrategias en SSR en la zona fronteriza (Ipiales, Tumaco), y de articular la institucionalidad y las organizaciones de la sociedad civil para potenciar las acciones en el marco del proyecto de Migración y Salud.

Diversos análisis desarrollados por el proyecto han nutrido la formulación de políticas públicas, en particular para la juventud, tanto en el municipio de Pasto, como en el departamento de Nariño, donde se llevaron a cabo mesas de trabajo para abordar la situación de los jóvenes de la frontera. Se incidió, asimismo, en los procesos de planeación local mediante la formulación de un proyecto que permite movilizar recursos de Planeación Nacional para la incorporación en el sistema de información del Departamento, el enfoque de género y los derechos sexuales y reproductivos. Cabe resaltar la creación de la Mesa Binacional de Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA y violencia sexual, inscrita en la Comisión de Buena Vecindad Ecuador Colombia, en el área de asuntos sociales: como una forma de darle respuesta a las complejas problemáticas de SSR de mujeres y jóvenes de la frontera.

Merece mención, finalmente, la colaboración de instituciones de salud, organizaciones de la sociedad civil, agencias del sistema de Naciones Unidas, ONG, entre otras, en el marco de las reuniones binacionales técnicas del proyecto, así como los encuentros de organizaciones de jóvenes y de mujeres, y las iniciativas en ambos lados de la frontera, tales como la creación de redes, planes y acuerdos. El reto está en la continuidad que las instituciones y las organizaciones de la sociedad civil puedan dar a las iniciativas en marcha y a la capacitación brindada para mejorar las condiciones de vida y de salud –en particular la SSR– de la población fronteriza, especialmente de jóvenes y mujeres.

Referencias

1. Morales A, Acuña G, Wing-Ching K. Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador. Serie Población y Desarrollo, Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA, 2010 [Consultado 2011 sep 29]; 92:12-13. Disponible enhttp://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/42070/lcl3247-P.pdf
2. Montenegro R. Frontera colombo-ecuatoriana: historia y destino común. Aldea Mundo Rev sobre integración y fronteras 2005;18:20-25.

República de Colombia. Gobernación de Nariño, Plan de desarrollo 2008-2011.

4. Viloria de la Hoz J. Economía del departamento de Nariño, ruralidad y aislamiento geográfico. Documentos de trabajo sobre economía regional. Colombia: Banco de la República, 2007;87:7-80.
5. Oficina para la coordinación de asuntos humanitarios OCHA Nariño. Presentación del contexto Nariño, 2010.
6. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia: Profamilia, 2010 [Consultado 2011 sep 29];157-329 [aprox. 17 pantallas]. Disponible en http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9
7. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Sistema de vigilancia en Salud Pública. Colombia: IDSN, 2011.
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2010, Datos para la vida. Bogotá: Diseñum Tremens- Javier Barrera Rivera, 2011; 12:159-195.
9. OXFAM. Campaña "violaciones y otras violencias, saquen mi cuerpo de la guerra", Primera encuesta de prevalencia violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado Colombiano, Colombia 2001-2009. Colombia: OXFAM, [serie en internet] 2009 [consultado 2011 agosto 18] [aprox. 30 pp]. Disponible enhttp://www.intermonoxfam.org/UnidadesInformacion/anexos/12033/101206_Primera_Encuesta_de_Prevalencia.pdf
10. Defensoría del pueblo. Promoción y monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual. Bogotá: Ed. Taller creativo de Aleida Sánchez B Ltda, 2008;24-27.
11. Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. ¿Consolidación de qué? Informe sobre desplazamiento, conflicto armado y derechos humanos en Colombia 2010. Bogotá: COHDES, marzo de 2011;21-85.
12. Ospina O, Santacruz L. Refugiados Urbanos en Ecuador. Estudio sobre los procesos de inserción urbana de la población colombiana refugiada, el caso de Quito y Guayaquil. Resumen ejecutivo. Quito: FLACSO Sede Ecuador-ACNUR, 2011 [Consultado 2011 ago 20]. Disponible en http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7530.pdf?vi

ECUADOR

Migración y salud sexual y reproductiva: una respuesta en contextos de conflicto, Sucumbíos y Esmeraldas

Soledad Guayasamín

Introducción

Este trabajo expone los resultados de las estrategias aplicadas en la frontera norte de Ecuador (FNE), en el marco del proyecto impulsado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en América Latina y El Caribe. Uno de los principales objetivos de dicho proyecto fue incidir en el fortalecimiento de la base social de la población móvil y la población que residente más vulnerable, en especial los jóvenes, las mujeres (incluidas las trabajadoras sexuales) y las personas que viven con VIH-Sida.

En su primera parte, este trabajo describe la FNE como una región socialmente conflictiva y de una intensa dinámica migratoria. Profundiza enseguida en la situación de la salud sexual y reproductiva (SSR), la prevención del VIH-SIDA y la violencia basada en género (VBG) de la población móvil y que reside en la FNE. Finalmente, describe las estrategias aplicadas, su alcance y su posible sostenibilidad futura.

Contexto

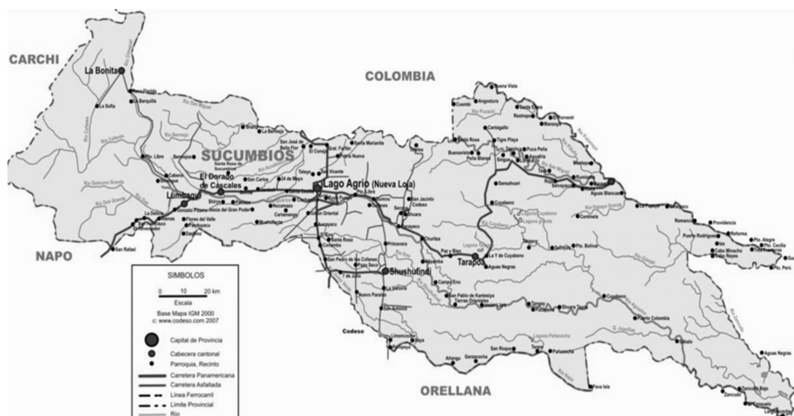
La frontera norte de Ecuador: cuatro conflictos en la zona

Las fronteras son espacios geográficos, políticos, socio-económicos y culturales, donde diversos símbolos y significados culturales se cruzan y se hibridan en identidades dinámicas que guardan tanto la complejidad de la unión, como la de la separación. En ellas converge la vulnerabilidad física, la social y la de género, asociada a la precariedad y a la pérdida de los derechos más elementales.[1]

La FNE se extiende transversalmente a lo largo de 543 kilómetros, sobre los que se encuentran las provincias de Esmeraldas (Costa), Carchi (Sierra) y Sucumbíos (Amazonía), incluyendo la mayor reserva ecológica de la región conformada por cuencas hidrográficas, áreas y parques protegidos li-

gados a corredores turísticos inter-provinciales, yacimientos petroleros, fauna y flora. Habita esta región fronteriza una población diversa, que incluye diez nacionalidades indígenas y pueblos afrodescendientes (Figura 1).

Figura 1
Frontera Norte de Ecuador



La región presenta, paradójicamente, un bajo desarrollo socioeconómico, una crisis humanitaria y un alto índice de violencia generada por conflictos que se potencian entre sí y se reflejan en la población móvil.

Conflicto socioambiental

Este conflicto se ha ocasionado por el modelo de desarrollo extractivo, dependiente de economías de enclave (extracción ilegal de recursos con un escaso retorno de riqueza), que emplea a trabajadores –hombres en su mayoría– quienes residen en campamentos por largos periodos.

Inequidad y exclusión social

La FNE es una zona vulnerable con un alto índice de pobreza (68.3% de la población vive en condiciones de pobreza y 36.9% en pobreza extrema, de acuerdo con el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI)); inequidad de género, generacional y étnica, y una cobertura insuficiente de los servicios sociales para la educación y la salud, tal como lo indican los siguientes datos:[2]

- 53 % de los y las adolescentes y los jóvenes viven en hogares pobres
- 7 % de las mujeres de 15 años o más no saben leer ni escribir
- 20 % de los adolescente (12 a 17 años) no asisten a la secundaria
- 27 % de adolescentes (12 a 17 años) trabajan y no estudian

Esta vulnerabilidad propicia la vinculación de los adolescentes y los jóvenes con las redes delincuenciales locales y de otros países.

Dinámica local de los procesos trasnacionales del crimen organizado

Uno de los problemas más graves que enfrentan las provincias fronterizas es la presencia de bandas y redes delincuentes de Colombia y Ecuador, dedicadas al tráfico humano y de armas, a la industria de la cocaína y a la extorsión, lo que ha ahuyentado a comerciantes y hacendados.[3] Otro problema igualmente grave es el "reclutamiento forzado" de niños/as y adolescentes de uno y otro sexo, para sumarlos a las filas de combate o someterlos a la explotación laboral y sexual, riesgo que obliga a los adolescentes a dejar el hogar.[4]

Efectos desbordantes del conflicto colombiano

Conflicto colombiano

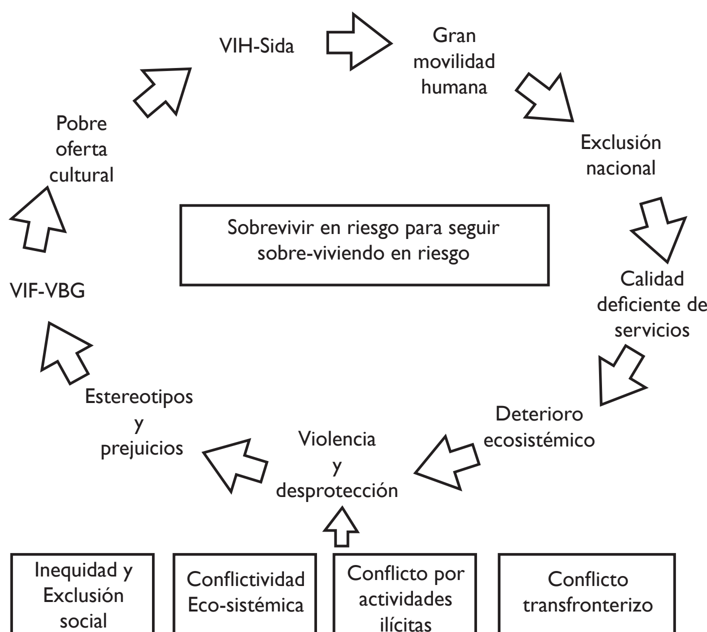
El conflicto colombiano ha llevado a la más grave crisis humanitaria del hemisferio. Es un conflicto multidimensional que involucra a actores armados, regulares e irregulares, que añaden complejidad a la exclusión estructural histórica de la región. El cultivo de plantas con fines ilícitos y el narcotráfico han obligado a miles de colombianos a desplazarse a Ecuador para salvarse la vida o buscar condiciones de vida dignas. Pero al llegar a la FNE, encuentran un panorama de pobreza y carencias, servicios sociales básicos insuficientes y debilidad de la red de organizaciones sociales.

Por su parte, la VBG –incluida la violencia sexual– y su relación con los conflictos armados está documentada y se replica en el contexto del conflicto colombiano. La mayoría de las víctimas son mujeres (94.5%) y jóvenes menores de 18 años.[5]

Ecuador es uno de los países con mayor número de refugiados colombianos: en 2000 había alrededor de 390 refugiados reconocidos por el Estado ecuatoriano; entre 2005 y 2006 la cifra ascendió a 10 000, y hoy el país alberga a más de 50 000 refugiados.[5] De acuerdo con el Ministerio de Relaciones Exteriores de Ecuador, tan solo en 2010, tras la firma del "Registro Ampliado" de Ciudadanos en Situación de Refugio, el 23 de marzo de 2009, se han

expedido 25 000 visas para colombianos asentados en el territorio, de los que alrededor de 40% se encuentran en las provincias de la FNE, con la siguiente distribución: 48% en Sucumbíos y Orellana, 24% en Carchi, 18% en Esmeraldas y 10% en Imbabura.[4] Es sabido que la movilidad incrementa la vulnerabilidad de los migrantes,[6] quienes dejan su lugar de origen buscando seguridad pero sin conocer el lugar al que se dirigen, como se muestra en la figura 2.

Figura 2.
Contexto del conflicto en la frontera norte de Ecuador



La salud sexual y reproductiva, VIH-Sida y VBG en frontera de Ecuador y Colombia

La muerte materna, el embarazo en adolescentes, el VIH-Sida y la VBG, en particular la violencia sexual, son efectos de la violación permanente de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de la población que vive en la frontera, en particular, de las mujeres y las jóvenes.[7] Las tasas de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años en las provincias de Sucumbíos (25%) y Esmeraldas (22.3%) son superiores al promedio nacional y están entre las más altas del país. La edad promedio del primer embarazo es de 17 años. Cerca de la mitad (46%) de las adolescentes que se embarazan dejan de estudiar, y cerca

de las dos terceras partes (64%) no vuelven a trabajar.[8] La situación planteada, genera mayores vulnerabilidades de jóvenes y adolescentes de vincularse con redes de trata de personas, reclutamiento forzado y redes de narcotráfico.

En las regiones de intensa movilidad, la VBG y el riesgo de adquirir el VIH se ven agravados por la pobreza, la xenofobia, las desigualdades y la violencia generalizada.[9] Por ejemplo, la tasa de incidencia de VIH-Sida en Esmeraldas es de 19 por cada 100 000 habitantes, una de las más altas del país.[10] Pero más allá de la estadística, las personas que viven con VIH-Sida (PVVS) en la zona fronteriza manifiestan que "tener VIH es una cuestión de vida o muerte", no sólo por que "tal vez eres un gay, sino porque con seguridad eres colombiano". En el imaginario de la población residente, incluido el personal de salud, el VIH-Sida "vino" con los que llegaron de fuera; es decir, con los colombianos, aunque en las cifras oficiales no hay discrepancias significativas en la prevalencia del virus por nacionalidad. Quienes viven con VIH-Sida no tienen, por consiguiente, fácil acceso a una atención integral, y son presa fácil de extorsión y explotación sexual.

Respecto de la violencia intrafamiliar, como una manifestación de la VBG, en 2008, 26.1% de las mujeres en Esmeraldas, 24.1% en Carchi y 26% en Sucumbíos reportaron haber tenido algún episodio violento.[11] En otro aspecto, a diferencia del resto del país, en la zona de frontera la violencia sexual cobra significancia particular ya que muchas mujeres y adolescentes la sufren debido a causas variadas: chantaje a cambio de permanecer en el país, a cambio de techo y comida, o simplemente "por ser mujer… no importa si eres adulta o joven".[12]

De las trabajadoras sexuales (TS) en la frontera, 12% se iniciaron antes de cumplir 18 años; se estima que cerca de la mitad (44.5%) de las TS colombianas, se iniciaron como tales al llegar a Ecuador.[13] Esto puede deberse, ya sea al tráfico de mujeres en Colombia para que ejerzan "trabajo sexual" en Ecuador, o a la ausencia de fuentes de trabajo para las migrantes, que se ven, así, forzadas al trabajo sexual como la única manera de sostener a sus familias. El predominio de población masculina –y de casas de tolerancia o sitios de trabajo sexual– en Esmeraldas y Sucumbíos se explica por los movimientos migratorios del siglo XX, para a trabajar en las industrias agroexportadoras, para "colonizar", o para trabajar en la producción petrolera.[3]

A pesar del empeño de las instituciones oficiales, no se cuenta con información sobre la magnitud de la VBG y la violencia sexual, por lo que no se le puede hacer frente de manera efectiva. La mayor parte de las víctimas no denuncian por temor a represalias (que pueden incluir amenazas de muerte o de deportación a las mujeres colombianas que no han legalizado su permanencia en el país).

Implementación y resultados del proyecto

La Constitución del Ecuador reconoce que "las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas" (Art. 9). Así como que "Las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos". Sobre esta base, la intervención define tres estrategias, con fundamento en el fortalecimiento de las instituciones garantes de los Derechos y de los Tutores de Derechos.

Gestión del conocimiento

Son múltiples los factores que afectan la realidad de la FNE, y se dispone de muy poca información al respecto. Esta escasa información suele ser, además, insuficiente, inactual e incluso contradictoria.[14] Por ello, esta línea estratégica se centró en la caracterización territorial y el diagnóstico de la SSR en la FNE, a fin de posibilitar las intervenciones pertinentes. Así, se impulsó el fortalecimiento de las alianzas entre socios nacionales y locales, muchos de los cuales enfrentaban por primera vez esta experiencia –como la Red Nacional de Trabajadoras Sexuales del Ecuador (RedTrabSex-Ecuador) y la Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH-Sida (CEPVVS), cuyos miembros levantaron la información para los estudios sobre la Dinámica del Trabajo Sexual en la frontera y sobre el Estigma y la Discriminación de las PVVS.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) tuvo un papel importante en el levantamiento piloto de información, mediante encuestas en hogares y encuestas móviles en las tres provincias de la frontera, sobre SSR (fecundidad adolescente, violencia de género y VIH-Sida).

Conjuntamente con el equipo técnico del Programa Nacional del Sida del Ministerio de Salud Pública (MSP-PNS), se levantó información que permite caracterizar los servicios de salud de atención primaria y secundaria de la zona y definir las posibilidades de aplicación del "paquete multipropósito", estrategia que permite una intervención integral relacionada con otros eventos de la SSR, como el embarazo en adolescentes y el ejercicio de VBG.

La Secretaría Técnica de Plan Ecuador, el UNFPA Ecuador y el Programa de Desarrollo y Paz de la Oficina del Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) trabajaron conjuntamente en la sistematización de la información sobre la FNE, tanto del propio SNU como de las principales instancias oficiales y de la sociedad civil que trabajan en la zona.

Sin duda, los actores más favorecidos al contar con esta información

son las TS y las PVVS de Esmeraldas, Sucumbíos y Carchi, y las agencias del SNU que intervienen en la frontera. Un aspecto metodológico relevante de esta estrategia fue la participación de las TS y las PVVS en la definición de los aspectos a investigar y en el levantamiento de la información. Como consecuencia se obtuvieron resultados muy cercanos a las experiencias cotidianas de dichos grupos. Asimismo se generó una apropiación del proceso de generación de conocimiento y la utilización del mismo.

El uso efectivo de la información por las instancias públicas y de la sociedad civil sigue siendo un reto. No obstante, se han logrado avances importantes respecto de la participación de los socios en el levantamiento y el análisis de la información para definir las futuras acciones.

Incidencia política

Desde los años noventa, la capacidad binacional en el manejo de los asuntos transfronterizos comunes no guarda relación con la magnitud de los conflictos de la zona, especialmente el conflicto armado. La Política de Ecuador se ha enfocado en la creación de mecanismos para el desarrollo de la FNE, entre los que destaca la Comisión de Vecindad e Integración Ecuador-Colombia (COVIEC), orientada a fortalecer las relaciones sociales, económicas y culturales entre los dos países. La COVIEC interrumpió actividades en marzo de 2009, cuando el ejército colombiano incursionó en territorio ecuatoriano, lo que determinó la ruptura diplomática entre los dos países; en agosto del 2010, se restablecieron las relaciones.

La estrategia de incidencia política tuvo por objeto concientizar a la población sobre la repercusión del contexto en la SSR y la prevención de la VBG y el VIH-Sida, y sobre la necesidad de incorporarlas como líneas prioritarias en la Política Nacional. En este sentido, se impulsaron acciones de abogacía en la Cancillería con el equipo de la Dirección de Relaciones Vecinales e Integración, acciones de incidencia con los miembros del Comité Técnico Binacional (CTB) de Asuntos Sociales y Culturales de la de la Comisión de Vecindad e Integración Colombia - Ecuador (COVIEC), conformada por el MSP, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y el Ministerio Coordinador de Patrimonio, para incluir por primera vez como tema prioritario la Salud Sexual y Reproductiva, el VIH/Sida y la Violencia Basada en el Género dentro de la agenda de CTB de Asuntos Sociales y Culturales.

Un logro importante del Proyecto fue haber impulsado la conformación oficial del Grupo de Trabajo de Salud Sexual y Reproductiva, en el marco del CTB de Asuntos Sociales y Culturales. Se incluyeron las siguientes temáticas:

muerte materna, planificación familiar y prevención de embarazo adolescente, prevención de VIH/Sida e ITS, cáncer de cuello de útero y prevención de violencia sexual. Se impulsó la realización de la I Feria binacional de salud sexual y reproductiva, "Juntos por una SSR sin Fronteras", actividad prevista en el marco de la XVI reunión COVIEC.

Otro logro relevante fue haber apoyado al Programa Nacional del VIH-Sida del MSP en la revisión de la normativa de atención integral a las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), que no se había revisado en treinta años. La nueva normativa eliminó el carnet de identificación como MTS, que propiciaba la explotación y la extorsión, y se definieron protocolos de atención en el marco de la normativa general de SSR. Para fomentar la aplicación de la Norma de atención de las violencias, se impulsó la documentación de los casos de violencia sexual atendidos en las Unidades de Salud, lo que permitió al MSP determinar la capacidad de los equipos para atenderlos y resolverlos.

Puesto que la fragmentación y la pauperización de la FNE ha repercutido en la complejidad y la conflictividad de la red de relaciones sociales y de poder en torno a los jóvenes, se buscó que los Gobiernos Locales (Municipios) de Eloy Alfaro y San Lorenzo (Frontera con Tumaco), integraran en las Agendas de Desarrollo Local y, en especial en la Agendas Juveniles, la SSR y la prevención de la VBG y del VIH-Sida.

Incidir en la elaboración de políticas públicas es un imperativo por trabajar. Debe apoyarse la generación de las condiciones que lo hagan posible en el largo plazo.

Fortalecimiento institucional y humano

Para el sector oficial y para los actores sociales, la sustentabilidad de los procesos es una preocupación central. Ésta depende en gran medida de la continuación del proceso de asesoría sobre el contexto socio-político, de la apropiación de los actores sociales de las propuestas y estrategias, y de la capacidad de dichos actores de implementarlas con los recursos disponibles y bajo las condiciones dadas. Por ello, el proyecto se centró en fortalecer la capacidad de los organismos de la sociedad civil y del gobierno, tanto central como local, para asegurar la sostenibilidad de las estrategias, y de responder a las necesidades de SSR (de atención y de prevención).

Se fortaleció, asimismo, la capacidad de la organización de MTS de ejercer sus derechos; su participación en el diagnóstico sustentó las actividades de concientización emprendidas primero entre ellas, y luego con las autoridades de salud y el personal encargado de su atención.

En coordinación con la organización de las MTS de Pasto-Nariño y Esmeradas, se definió la Agenda Binacional de Trabajadoras Sexuales, cuyo propósito fundamental es proponer alianzas entre las organizaciones para facilitarles el acceso a los servicios de salud y seguridad, entre otros. De acuerdo con el diagnóstico, cerca de 50% de las TS que laboran en la frontera son colombianas, y muchas de ellas están vinculadas a redes ilegales.

La capacitación y sensibilización al personal de las Unidades de Salud de las Direcciones Provinciales de Salud de Sucumbíos y Esmeraldas, y de promotores y agentes comunitarios de salud (parteras y promotores juveniles) en DSR en los temas de prevención de Muerte materna, violencia sexual y VIH, contribuyó a fortalecer la relación entre los servicios de salud y las organizaciones comunitarias, sobre la base de dos estrategias: a) recuperar el conocimiento en salud, valorarlo e incorporarlo en la normativa para la SSR, lo que facilitó a los indígenas de Ecuador y de Colombia el acceso los servicios, y b) fortalecer las capacidades del personal de la salud para resolver urgencias obstétricas, atender los casos de VBG y de VIH-Sida, y prevenir y atender el embarazo en adolescentes, ofertando servicios de calidad.

Conjuntamente con el Programa Nacional del Sida, se apoyó la definición del sistema de vigilancia epidemiológica en VIH-Sida para implantarlo en las salas de vigilancia epidemiológica de la FNE.

Finalmente, se generó con la participación de jóvenes, una propuesta de comunicación que considera los problemas de la prevención de la VBG, del VIH-Sida y del embarazo en adolescentes, con la campaña YA ES HORA, de vivir sin violencia.

Conclusiones

Este trabajo contextualiza la movilidad en la FNE y muestra cómo no toda la población móvil –compuesta por migrantes económicos, desplazados y refugiados– es igualmente vulnerable ni enfrenta los mismos riesgos para su SSR. La población que se traslada a causa de la violencia se expone –en el tránsito y en su destino– a la explotación laboral, a dificultades en el acceso a servicios, a riesgos para la salud y su integridad (tales como violación y agresión sexual en forma de extorsión) y, en general, a limitaciones para el disfrute de sus derechos.

El desarrollo del Proyecto ha incidido en la respuesta institucional y política frente a la movilidad y su relación con la SSR, el VIH y la VBG. El compromiso de instituciones como la Dirección de Relaciones Vecinales e

Integración, la Coordinación de Relaciones Internacionales del MSP, así como la priorización de la SSR y la prevención del VIH y la VBG en las agendas binacionales así lo evidencian. Pero el proceso migratorio de la FNE es complejo, dinámico y conflictivo, y requiere, por lo tanto, un proceso de gestión social complejo que pueda dar cuenta de manera asertiva de las implicaciones derivadas del conflicto y que tenga la suficiente flexibilidad para responder a las diferencias micro-territoriales y a la dinámica del proceso territorial. La generación participativa de un modelo para potenciar la acción colectiva local, debe partir del reconocimiento de la baja capacidad institucional y organizacional.

Referencias

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estudio binacional sobre migración internacional y desarrollo sobre SSR, VIH-Sida y VBG en la Frontera colombo-ecuatoriana. UNFPA. En prensa.
2. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Informe 2008. Ecuador: SIISE, 2008.
3. Camacho G. Mujeres al borde. Refugiadas colombianas en el Ecuador [monografía en internet]. Quito: UNIFEM, 2005. [consultado 2011 agosto]. Disponible en: http://www.acnur.org/pais/docs/1230.pdf?view=1
4. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Informe nacional: Población colombiana en necesidad de protección internacional en Ecuador. Encuesta 2007. Ecuador: Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración, CISMIL 2015 , ACNUR, 2007.
5. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Informe: Base de datos ProGres. Ecuador: ACNUR, 2007.
6. Bronfman M., Leyva R., Negroni M., edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Sistema de información 2011. Quito: MSP, 2011.
8. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Diagnóstico sobre SSR, VIH-SIDA y Violencia basada en Género en la provincia de Sucumbíos-Ecuador. Ecuador: UNFPA-CEPAR, 2009.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe de evaluación externa Programa Conjunto de VIH en Sucumbíos-Ecuador. Ecuador: UNFPA, 2009.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe anual: Programa Na-

10. cional de prevención y control de VIH-Sida/ITS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito: MSP, 2010.
Consejo Nacional de las Mujeres. Informe de la situación de la violen-
11. cia en el Ecuador. Ecuador: Consejo Nacional de las Mujeres, 2008.
Frente de mujeres de Sucumbíos-Ecuador. Taller de socialización del
12. diagnóstico de la dinámica de trabajo sexual en Sucumbíos; 2011Agosto; Sucumbíos, Colombia.
Red de Trabajadoras Sexuales de Ecuador. Dinámica del trabajo sexual
13. en Frontera Norte. Ecuador: UNFPA-ACNUR, 2010.
CAPSERVS Medios. Informe sobre revisión bibliográfica de estudios y
14. publicaciones realizadas en Frontera Norte. Quito: UNFPA-OCR-PDP, 2010.

COSTA RICA: UPALA

Cooperación interfronteriza: Red social y gubernamental en migración y salud en Upala

Oscar Valverde Cerros, Gabriela Richard Rodríguez, Adilia Eva Solís

Introducción

Desde la perspectiva de los fenómenos migratorios en América Latina, Costa Rica es considerada como receptor neto de población inmigrante. Según datos del Censo de Población del 2000, se estimaba que aproximadamente el 7,8% de la población censada en ese año estaba constituido por inmigrantes extranjeros, de los que el 97% eran de origen nicaragüense.

Las razones económicas y laborales ocupan un lugar central entre los factores que propician el movimiento de múltiples y diversos grupos de población migrante dentro de Costa Rica. Ante este panorama, la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas, junto con el Centro de Derechos Sociales de las Personas Migrantes (CENDEROS), ejecutó, desde el 2008 y hasta el 2011, el proyecto denominado *"Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, incluida la prevención del VIH y la violencia en género en poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes"*.

En el marco de dicho Proyecto se han desarrollado diversas actividades orientadas principalmente a promover, defender y asegurar el ejercicio de los derechos de las personas migrantes, especialmente mujeres y jóvenes de las zonas fronterizas entre Nicaragua y Costa Rica, en relación con la salud sexual y reproductiva (SSR) incluyendo la prevención del virus de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) y del sida, y con el derecho a vivir una vida libre de violencia basada en género (VBG).

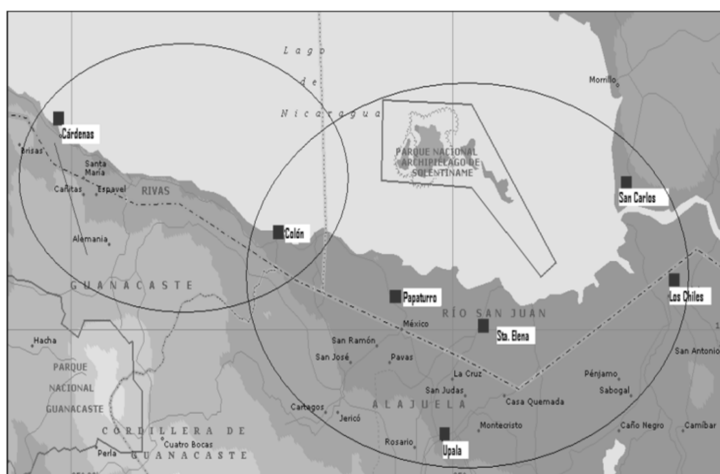
Contexto

La Región transfronteriza

La frontera terrestre entre Nicaragua y Costa Rica constituye un borde limítrofe con una longitud de 312 kilómetros que se extienden a lo largo del Río San Juan desde su desembocadura en el mar Caribe hasta una distancia cercana a la población de El Castillo. Desde allí continúa a partir de una línea imaginaria

relativamente equidistante de la costa del lago de Nicaragua hasta la bahía de Salinas en el océano Pacífico.[1] Del lado nicaragüense comprende los municipios de Cárdenas, San Juan del Sur, que pertenecen al departamento de Rivas y los municipios de San Carlos, El Castillo y San Juan del Norte, que pertenecen al departamento de Río San Juan. En territorio costarricense comprende los cantones de La Cruz, Upala, Los Chiles y Sarapiquí (Figura 1).

Figura 1.
Área del Proyecto: Región Transfronteriza



Esta frontera posee una dinámica de alta movilidad humana por ser una zona de transición en la ruta migratoria. Además presenta una dinámica histórica de comunidades transfronterizas, caracterizada por un movimiento cotidiano de personas entre un país y otro por motivos comerciales, laborales, familiares y de demanda y utilización de servicios. Esta situación se manifiesta en el carácter abierto de la frontera, a pesar de las políticas de seguridad nacional que los Estados a menudo establecen desde sus capitales.

La región transfronteriza ha sido conceptualizada como "el espacio que traspasa las líneas de separación entre territorios de dos Estados, y origina una integración entre ambos lados de la frontera".[2] Así, lo transfronterizo ha sido entendido según el criterio de Morales y aplicado por CENDEROS como "un escenario en el que se encuentran fuerzas sociales y relaciones de producción y de poder que funcionan con una relativa autonomía frente a los centros de decisión locales, e inclusive nacionales".[2] En ese entendido, el fenómeno de las migraciones en la zona de intervención del Proyecto ha demostrado tener

una dinámica de interdependencia: las condiciones de una de las partes generan y atraen el comportamiento de los habitantes del otro lado de la frontera y viceversa.

Según datos del Censo Nacional de Población de Costa Rica,[3] se estima que aproximadamente 12% del total de la población migrante nicaragüense en Costa Rica (cifra que representa poco más de 12 mil personas) permanece en la zona norte, distribuida particularmente en los cantones de Los Chiles, La Cruz (cantón fronterizo costarricense donde se ubica la estación de paso fronteriza conocida como Peñas Blancas), Sarapiquí y Upala.[4]

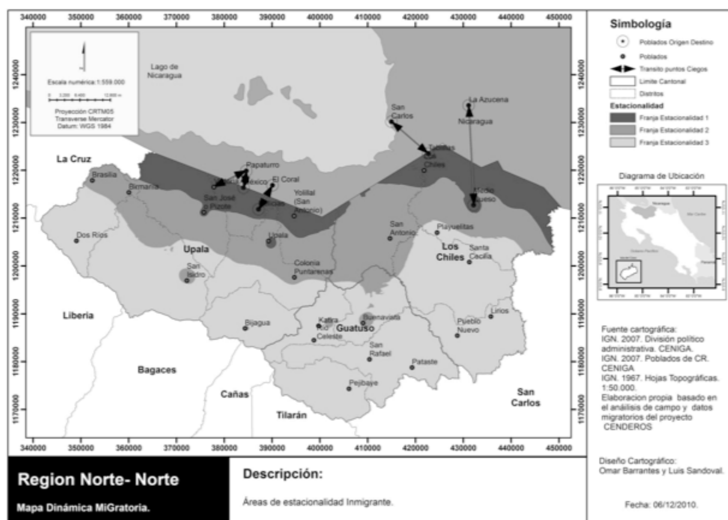
De estos cantones, según datos del censo del 2000, Upala concentra la mayor cantidad de inmigrantes nicaragüenses que habitan o se movilizan por la zona norte: éstos suman 5.798, es decir, un 47%. Le siguen el cantón de Los Chiles, también fronterizo con Nicaragua, el cual alberga una población de 5.403, y el cantón de Guatuso, con tan sólo un 9% de población nicaragüense registrada en estas zonas en dicho censo.

De igual manera, mediante censo realizado en el 2009 por el Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de Upala, se pudo registrar en este territorio (en todos los distritos) una población de 4.131 nicaragüenses*.

Según puede observarse la Figura 2,[5] basada en datos de CENDEROS, la franja más obscura corresponde a la zona de mayor intercambio interfronterizo. Así se puede identificar lo que denominamos "eje transfronterizo". Si bien las relaciones suceden a lo largo de toda la frontera, sobre todo se estructuran en los ejes San Juan del Sur - Puerto Soley, Cárdenas - La Cruz; San Carlos - Los Chiles y San Carlos - Upala.

*Es importante hacer notar que hablamos aquí de población registrada y asentada de alguna manera en territorio costarricense. Habría que sumar a ésta la población que no se registra (subregistro) y la población que se mueve por la zona cotidianamente ya sea porque vive en la zona transfronteriza del lado nicaragüense de la frontera o porque forma parte del tránsito en la ruta migratoria.

Figura 2.
Dinámicas de intercambio interfronterizo.



Fuente: Granados, S. Diagnóstico de Upala para el Plan Regulador. Universidad Nacional Costa Rica. En prensa.

El eje Cárdenas - La Cruz es una zona de alta movilidad poblacional entre los países de Costa Rica y Nicaragua, ya que allí se encuentra el Puesto Fronterizo de Peñas Blancas, la estación de paso (oficial) más importante entre ambos países, donde conviven un sinnúmero de actores relacionados con la dinámica de movilidad y migración de poblaciones entre ambos países.

En el caso del departamento de Río San Juan, Upala, Los Chiles, Guatuso y la Microrregión 5, hay diferentes puntos ciegos hacia donde se moviliza población, ya sea para migrar, para desarrollar alguna actividad laboral temporal transfronteriza o para satisfacer necesidades comerciales, familiares y otras, incluyendo algunas relacionadas con el acceso a servicios de salud.

De igual manera, conviene señalar que en esta zona conviven poblaciones nacionales con población migrante en estatus migratorio regular junto con población con un estatus irregular, incluyendo personas indocumentadas.

Como consecuencia de dicho flujo e interacción, desde 2008 las acciones del Proyecto se han concentrado fundamentalmente en comunidades del cantón de Upala. Éste se caracteriza por ser una comunidad transfronteriza con movimientos cotidianos y bidireccionales de poblaciones que residen en alguno de los dos lados de la frontera cuya vida cultural, económica, familiar y social está relacionada con dinámicas laborales, comerciales y de sobreviven-

cia.[6] Asimismo, la elección de los lugares fronterizos de la zona norte donde se han implementado las diversas acciones del proyecto tomó en cuenta las características de vulnerabilidad y exclusión de las poblaciones que los habitan.

Las mujeres y las personas jóvenes: foco de atención del proyecto

Dado que la feminización* y el rejuvenecimiento** son dos de las características más destacadas de las tendencias migratorias de las zonas fronterizas en las cuales se ha desarrollado el Proyecto, éste ha tenido como población meta directa a jóvenes y mujeres migrantes.

Según Solís,[7] casi el 50% de la población nicaragüense se concentra en el grupo etario comprendido entre los 20 y 39 años (el 29.3% está entre los 20 y 29 años), siendo 33 la edad promedio, lo cual indica que una importante cantidad de migrantes se encuentra en edad productiva y reproductiva.

Las poblaciones de jóvenes migrantes tienen una presencia importante en las zonas fronterizas, ya que grandes empresas agroproductoras y agroexportadoras requieren de mano de obra joven. Las mujeres suelen ubicarse en servicios domésticos, labores de recolección y empaque de frutas y tubérculos.

Muchos trabajadores y trabajadoras migrantes no sólo perciben remuneraciones bajas, sino que no tienen acceso a sus garantías sociales, ya que son contratados de manera irregular y sin ninguna responsabilidad por parte de los patrones, quienes de ese modo reducen costos. Todo esto constituye una violación a sus derechos humanos y sociales, les pues niega la posibilidad de acceso pleno a los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención.

Asimismo, los jóvenes y mujeres migrantes que viven esta zona enfrentan limitaciones importantes para el acceso completo a los servicios, sobre todo los vinculados a la SSR (incluidas la prevención y la atención integral del VIH y el sida) y a la prevención y atención integral de la VBG. El principal obstáculo para el disfrute pleno de sus derechos humanos es la falta de documentación.

*Según el Módulo de Juventud Migrante del Informe Integrado de la Primera Encuesta Nacional de Juventud, "entre las principales características de la población inmigrante de origen nicaragüense (…) destacan su distribución por sexo 50,9% mujeres y 49,1% de hombres" (p. 99).
**Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), poco más del 45% de la población migrante se encuentra dentro del rango de juventud definido para Costa Rica. De igual forma, la Primera Encuesta Nacional de Juventud (2007) reveló que el 68% de la población joven migrante entrevistada correspondía a personas jóvenes provenientes de Nicaragua.

La salud sexual y reproductiva (SSR) y la protección de las mujeres y jóvenes migrantes frente a la VBG: desafíos pendientes

Con base en diversos estudios realizados, podemos afirmar que incluso en el marco del Fondo de Cooperación integrado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (UNFPA-AECID)[1,8] se conoce muy poco sobre las necesidades de las mujeres y las personas jóvenes migrantes en materia de SSR y sobre la atención integral de las mismas. Existe un vacío significativo en la elaboración de análisis particulares que consideren aspectos como el uso de servicios de salud en localidades fronterizas y el impacto de la presencia o ausencia de las redes sociales en las dinámicas de prevención en salud. De igual manera, existen pocas experiencias institucionales, de organizaciones de la sociedad civil (OSC) y de organismos internacionales que vinculen el fenómeno migratorio y la SSR, y menos aún, que hayan sido sistematizadas y analizadas.

Por su parte, el hecho de que la mayoría de las instituciones no lleven registros por nacionalidad, ha limitado la capacidad para medir el impacto de la población migrante en los servicios, o bien, el impacto de una atención de calidad a la salud en la vida de las personas migrantes y en la comunidad donde éstas se integran.

Sin embargo, con la información existente se pueden hacer algunas aproximaciones. Los resultados de la Encuesta de Nacional de Salud Reproductiva 1999-2000[9] sugieren algunas de estas necesidades (aunque no se trate de población transfronteriza en particular). Los análisis de estos resultados relevaron que la tasa de fecundidad general de las mujeres nicaragüenses en Costa Rica supera en 40% la de las mujeres costarricenses.

También existe una menor cobertura de mujeres nicaragüenses en actividades preventivas en salud. Así por ejemplo, sólo 27% de ellas reportaron autoexaminarse los pechos como medida preventiva para el cáncer mamario, en comparación con 45% reportado por las costarricenses, y sólo 37% reportaron haberse hecho el Papanicolau en el último año, en comparación con el 45% de las costarricenses.

Esta encuesta mostró que las mujeres nicaragüenses utilizan en forma significativa los servicios de salud que ofrece la única institución pública proveedora de servicios de salud en el país, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), aunque lo hacen en menor grado que las costarricenses. El 66% de mujeres nicaragüenses reportaron haber consultado un médico en el último año, 59% tuvieron un control prenatal adecuado y 91% tuvieron atención profesional al parto, en comparación con el 83%, 83% y 96% de costarricenses, respectivamente.

De igual manera, en la Primera Encuesta Nacional de Juventud,[10] 85,5% de las personas jóvenes migrantes nicaragüenses entrevistadas reportaron asistir a los servicios de salud de la CCSS (Cuadro I). No obstante, la proporción de jóvenes que tiene acceso a seguro social desciende a 56,4%. Esto evidencia, por una parte, las dificultades que podrían experimentar las personas jóvenes migrantes si requirieran servicios de mayor complejidad y, por otra, las barreras para el acceso completo a los servicios de salud.

Cuadro I.
Costa Rica: Servicios de salud a los que asisten las personas migrantes de 15 a 35 años, según su nacionalidad. 2007

	Nacionalidad					
	Nicaragüenses		Otra		Total	
	N	%	N	%	N	%
Servicio de Salud						
CCSS(EBAIS, clínicas u hospitales)	67721	85.5	18205	50.5	85926	75.5
Consultorio privado	4451	5.6	11760	32.6	16211	14.1
Otro	4964	6.3	5388	14.9	10352	9
Nunca ha requerido	732	0.9	-	-	732	0.6
Ns/Nr	1366	1.7	693	1.9	2059	1.8
Total	79233	1000	36046	100	115280	100

Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud, 2007. OPJ

Por lo que respecta a la salud sexual y salud reproductiva, la Encuesta Nacional de Juventud demuestra que un mayor número de jóvenes migrantes nicaragüenses reportan haber tenido relaciones sexuales, así como haberlas iniciado a una edad más temprana y haber hecho menor uso del condón que los costarricenses. Ello establece necesidades de información y de acceso a métodos de protección y prevención frente a ITS, VIH y embarazos no planeados, que dichos migrantes no necesariamente pueden satisfacer debido a la forma en que están organizados estos servicios primarios y a la ausencia de programas permanentes de prevención del VIH y otras ITS.

La experiencia del Proyecto y particularmente el estudio del estado de situación realizado al inicio del mismo,[8] demuestran que las personas migrantes acuden a los servicios (fundamentalmente a los servicios de emergencia) cuando lo requieren, y que los niveles locales resuelven el acceso de todas las personas migrantes sin seguro social* ni

*Las limitaciones de acceso a seguro social se dan fundamentalmente por la falta de documentación y el estatus migratorio irregular que en muchas ocasiones sirven de excusa a patrones inescrupulosos para eludir su propia responsabilidad en cuanto a la cobertura patronal de seguro social para estos trabajadores y trabajadoras.

documentos. No obstante, revelan también que dicho acceso es limitado y se dificulta aún más cuando se trata de servicios del segundo y tercer nivel. La desinformación sobre servicios y mecanismos de acceso, así como los aspectos culturales relativos a discriminación y xenofobia en la población del país de destino, incluso en funcionarias y funcionarios institucionales, son algunos de los aspectos que obstaculizan un mayor acceso a los servicios de salud. Otros factores son el temor de los migrantes a ser deportados a su país de origen al acudir a los centros de salud, el desconocimiento del entramado institucional y el hecho de que los servicios de prevención son limitados y no se ajustan a las características particulares de esta u otras poblaciones vulnerables.*

En cuanto a la violencia, es necesario mencionar las dificultades de acceso a la justicia y a los sistemas de protección frente a la VBG (incluyendo la violencia sexual) que enfrentan las poblaciones móviles. Esta situación de riesgo se acentúa en mujeres que pasan la frontera de manera irregular, sumándose a la violencia intrafamiliar que sufren como parte de la dinámica de vulnerabilidad.

Los servicios de salud y policía, tanto en Costa Rica como en Nicaragua, intervienen reactivamente frente a daños físicos, pero los servicios de consejería o de atención psicológica a víctimas de violencia son escasos o nulos. Además, las probabilidades de denuncia se reducen en las poblaciones migrantes (sobre todo en personas con condición migratoria irregular) debido a su temor a la identificación y deportación. A su vez, estas poblaciones poseen vacíos de información sobre derechos, mecanismos de acceso a servicios de protección e instrumentos legales, lo que hace que dichos mecanismos se tornen ineficaces para atenderlas.

Existen dificultades de coordinación binacional e interinstitucional que limitan la respuesta a los servicios de atención a la salud y protección contra la violencia y el seguimiento de casos a ambos lados de la frontera. A estas dificultades se agrega la alta movilidad determinada por las oportunidades laborales.

*Tal como se señala en el Estado de la situación de la migración y la SSR -incluido el VIH y el SIDA y la violencia basada en género- en jóvenes y mujeres migrantes, los servicios de salud tanto costarricenses como nicaragüenses no tienen definida claramente la atención específica de poblaciones móviles y migrantes en sus programas y políticas, a pesar del reconocimiento del significativo flujo de población móvil en las zonas fronterizas.

Implementación y resultados del proyecto

Fortalecimiento de las alianzas y las capacidades institucionales y comunitarias: estrategias apoyadas e impulsadas desde el Proyecto para el mejoramiento de la SSR de las personas migrantes en la frontera

A la llegada del Proyecto a la zona transfronteriza y mediante diversas actividades de diagnóstico e inserción comunitaria (visitas al campo, entrevistas con actores relevantes, reuniones de discusión y análisis), se encontraron:

- Servicios de salud con informaciones disímiles sobre la normativa de la CCSS en relación con la atención de personas migrantes.
- Servicios de salud que resuelven a un nivel básico de atención los problemas de salud que se presentan en las personas migrantes, aunque con diversos grados de sensibilidad intercultural y de enfoque de derechos.
- Limitada oferta de servicios preventivos en salud, con poco acceso para personas migrantes.
- Inexistentes o débiles sistemas de información en materia de salud y migración que permitan identificar el panorama de la salud de estas poblaciones, la demanda y utilización de servicios y el impacto de los mismos en estos grupos.
- Un desarrollo desigual en el establecimiento de redes de trabajo intersectoriales para apoyar la promoción y defensa de los derechos de las personas migrantes.
- Dificultades de coordinación transfronteriza para la intervención, el abordaje y el seguimiento de casos de violencia basado en género, incluida la violencia sexual.
- El desarrollo de Ferias Binacionales de la Salud como una buena práctica para la promoción de la salud (incluida la SSR) con un sentido universalista y con un claro enfoque intercultural, transfronterizo y de derechos humanos. Dichas Ferias tienen el objetivo explícito de visibilizar la existencia de una comunidad transfronteriza que demanda acciones coordinadas binacionalmente con impacto en ambos lados de la frontera.

El Proyecto estableció el desarrollo de diversas estrategias orientadas a abordar las limitaciones que se encontraron y a potenciar las buenas prácticas desde una perspectiva de fortalecimiento de las alianzas y las capacidades institucionales y comunitarias. Entre estas estrategias se incluye la promoción de políticas públicas orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas migrantes, particularmente jóvenes y mujeres.

Las comunidades en las cuales se han desarrollado diversas actividades del proyecto (ferias de la salud, reuniones de instituciones homólogas, encuentros binacionales y transfronterizos, reuniones interinstitucionales e intersectoriales) y en las que han participado representantes de distintas zonas fronterizas son: Jomuza, México, Villa Nueva, El Delirio, Las Delicias, Canalete, Aguas Claras y Dos Ríos, en Upala; Medio Queso, en Los Chiles; Valle de Guadalupe, en San Carlos de Nicaragua; San Elena y Los Corrales Negros, en La Cruz, y, finalmente, Martina Bustos, en Liberia.

Con el apoyo del Proyecto, en las comunidades se han impulsado estrategias institucionales, de base comunitaria o de organizaciones de la sociedad civil para brindar atención directa a la población migrante independientemente de si su estatus migratorio es regular o irregular.

De igual manera, se han realizado acciones de incidencia en el área central del país, con la participación de las diversas autoridades políticas e instituciones nacionales involucradas en la atención de la población migrantes. Todas estas acciones están orientadas a potenciar las coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales e impactar la política pública y la oferta institucional en materia de servicios de promoción, ejercicio y defensa de los derechos humanos de jóvenes y mujeres migrantes, y buscan particularmente fortalecer los programas de atención a la SSR, incluyendo el VIH/SIDA y la VBG.

A continuación se describen las estrategias y actividades más relevantes.

Empoderamiento de las mujeres y los jóvenes migrantes: de población meta a actores y actoras protagónicas del ejercicio y exigibilidad de sus derechos

No es posible avanzar en la consolidación de un Estado de Derecho si los habitantes de un territorio no se perciben como sujetos de derechos y no se empoderan como tales para demandar, exigir y ejercer sus derechos.

Partiendo de esta premisa, el Proyecto tuvo como un eje clave de acción el desarrollo e implementación de estrategias de información, educación, formación, acompañamiento y comunicación para el empoderamiento de las personas migrantes. El asociado en la implementación del Proyecto, CENDEROS, desempeñó un rol vital en estas acciones, aprovechando su trayectoria y base social de trabajo con poblaciones migrantes en zonas fronterizas.

Junto con personas migrantes se desarrollaron materiales impresos y materiales auditivos (cuñas radiales, cápsulas informativas, revistas radiofónicas) con información sobre sus derechos (particularmente a la salud sexual

y reproductiva y a vivir sin violencia), servicios, mecanismos de acceso, respaldo jurídico y lugares de servicio para atender las necesidades relativas a esos derechos.

De igual manera, los procesos de fortalecimiento de capacidades de la Red de Mujeres Migrantes Nicaragüenses y de la Red de Jóvenes Transfronterizos se han acompañado de la capacitación y la apertura de espacios de reflexión y análisis para el desarrollo de una agenda política por posicionar en espacios públicos. También se les ha apoyado en la divulgación y promoción de la agenda, así como en la consecución de espacios de diálogo político con autoridades políticas e institucionales vinculadas a la protección de derechos de estas poblaciones. Las Agendas Políticas de Mujeres Migrantes Nicaragüenses y de Jóvenes Transfronterizos han sido presentadas a instancias e instituciones competentes como el Vice Ministerio de Juventud, la Junta Directiva del Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven (CPJ), el Instituto Nacional de la Mujeres (INAMU), la Secretaría de Género del Poder Judicial, entre otros, a fin de que sus posiciones y solicitudes sean tomadas en cuenta en las políticas públicas que formulan y gestionan dichas instituciones.

Fortalecimiento de alianzas interinstitucionales, intersectoriales y transfronterizas

La articulación de dos asuntos que tradicionalmente no se han visto de manera integrada, la migración y la salud, requiere necesariamente de un abordaje intersectorial e interinstitucional con la participación de los distintos actores estratégicos tanto gubernamentales como de la sociedad civil de ambos países. Por este motivo, el proyecto procuró generar espacios de análisis y coordinación de carácter interinstitucional, al interior de Costa Rica, y de carácter transfronterizo y binacional.

Estos espacios se orientaron siempre a dos objetivos fundamentales: el análisis de nudos críticos que obstaculizan o dificultan el ejercicio de derechos de jóvenes y mujeres migrantes, principalmente aquellos vinculados a la SSR y a una vida libre de violencia, y la generación de soluciones coordinadas, viables y operativas que mejoren las condiciones y respuesta institucional para garantizar esos derechos.

Se propiciaron, acompañaron y apoyaron al menos 100 espacios de coordinación interinstitucional en Costa Rica, a nivel central y local. En estos espacios han participado instituciones y organizaciones de la sociedad civil, vinculadas a las temáticas de interés del Proyecto: migración, salud repro-

ductiva, VIH y sida, violencia de género, mujeres, personas jóvenes, justicia, entre otros.*

A partir de casos de violaciones de derechos humanos relacionados con la SSR y la VBG, se identificaron a nivel institucional y en la articulación interinstitucional aquellas áreas en las que se requiere mejorar las respuestas desde un enfoque de derechos humanos. Como uno de los efectos más positivos de estos espacios se definió e implementó la coordinación interinstitucional de estrategias de fortalecimiento de servicios y de atención a las mujeres y jóvenes migrantes; esto a su vez ha generado un ambiente favorable para el fortalecimiento del trabajo conjunto.

Además, a partir del Proyecto y con la participación y gestión de las dos Oficinas del UNFPA (Costa Rica y Nicaragua) y sus respectivos socios implementadores (CENDEROS en Costa Rica y el Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS) en Nicaragua), se realizaron tres reuniones binacionales de instituciones homólogas y tres encuentros binacionales. En ellos participaron tanto funcionarios técnicos de zonas fronterizas y del ámbito nacional como autoridades políticas de instituciones estratégicas en la atención de los procesos migratorios, la salud reproductiva y la protección de derechos de jóvenes y mujeres.

De cada uno de estos espacios surgieron compromisos, líneas de acción y planes concretos para la defensa de los derechos de la población migrante y el mejoramiento de la atención a las poblaciones migrantes en zonas fronterizas en materia de SSR, VIH y VBG. A partir de estos compromisos y líneas de acción prioritarias, los planes anuales de trabajo del segundo y tercer año de ejecución del Proyecto fueron desarrollados y orientados hacia acciones concretas para avanzar en la dirección deseada y cumplir con el objetivo de incrementar el acceso de jóvenes y mujeres migrantes a los servicios de SSR y de atención integral de la VBG.

*Algunas de las instituciones y organizaciones que han participado significativamente en todo el proceso son: Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Publica, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Vice Ministerio de Juventud, Instituto Nacional de la Mujeres, DGME, Caja Costarricense del Seguro Social (Nivel Central, Local y Regional), Secretaria de Género del Poder Judicial, CNM, Consejo de la Persona Joven, Registro Civil, Defensoría de los Habitantes, Municipalidades de Upala, Los Chiles, La Cruz y Guatuso, Federación de Gobiernos Locales Costa Rica y Nicaragua, Fundación para el Desarrollo Local y el Fortalecimiento Municipal e Institucional de Centroamérica y el Caribe (FUNDEMUCA), Visión Mundial, Pastoral Social, Universidad Autónoma de Centro América (UACA), Clínica Bíblica, Foro de Población Migrante y Refugiada, Mesa de Mujeres Migrantes y Refugiadas, Red de Mujeres Migrantes Nicaragüenses en Costa Rica, Red de Jóvenes Migrantes, Medicina Legal (MEDILEX), Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Ferias binacionales de la salud y la cultura: una estrategia de promoción y prevención y atención de la salud de las personas migrantes desde un enfoque comunitario, intercultural y transfronterizo.

Sin duda, una de las estrategias más innovadoras que el Proyecto apoyó fue el desarrollo de Ferias de la Salud y la Cultura. Durante la ejecución del Proyecto se llevaron a cabo nueve Ferias, tres de ellas de carácter transfronterizo, es decir con la participación de actores institucionales y comunitarios de ambos lados de la frontera.

Mediante esta estrategia se pudo brindar servicios de salud (medicina general, exámenes de laboratorio, ginecología, odontología, psicología) y servicios de consejería e información sobre trámites migratorios, derechos laborales y otros, salud sexual y salud reproductiva, prevención de embarazos no planeados y prevención del VIH, entre otros, a aproximadamente 7000 personas, sin importar su estado de aseguramiento, su estatus migratorio, etc.

Esta estrategia de acción comunitaria ha tenido múltiples aspectos que la hacen digna de sostenerse:

- *Amplia participación comunitaria*: basada en recursos comunitarios y en una concepción de la comunidad como espacio donde confluyen múltiples recursos y posibilidades para el empoderamiento de sus integrantes.
- *Centrada en las personas*: abierta a las necesidades de las mismas y a sus derechos, más que a sus limitaciones administrativas para el acceso a servicios, asegurando la atención independientemente de su situación migratoria.
- *Inversión en promoción y prevención*: si bien en las ferias se ofrecen servicios que permiten atender y tratar enfermedades, fundamentalmente se ofrecen servicios para la prevención, lo cual resulta eficiente según la máxima de que "prevenir es más barato que reaccionar". De hecho se puede afirmar que se trata de una estrategia de abordaje que pone en operación el concepto y la aspiración de la Promoción de la Salud según fue definida en la Carta de Ottawa en 1986.[11]
- *Enfoque de soluciones*: Las Ferias de Salud constituyen una estrategia alternativa, extramuros, solidaria y comunitaria, y ajustada a las posibilidades de las personas en cuanto a días, horarios y lugares. Pero además buscan romper las barreras instituidas que dificultan a las personas más vulnerables el acceso a los servicios y el ejercicio de sus derechos.

Es importante mencionar que se han apoyado diversas actividades orientadas al fortalecimiento, divulgación e institucionalización de esta buena práctica. Así, además de producir un sonoviso y un folleto de sistematización sobre esta estrategia, se han generado espacios de reflexión y análisis y se han identificado áreas de mejora para su institucionalización.

Incidencia política y social: del discurso de los derechos a la garantía del ejercicio de los mismos

Con vistas a trascender el discurso de los derechos para avanzar hacia la garantía del ejercicio de los mismos, el Proyecto ha desarrollado diversas actividades a nivel político, institucional y social. Éstas han permitido generar cambios para mejorar las condiciones de acceso de la población migrante, especialmente mujeres y jóvenes, a los servicios de salud, principalmente de SSR, y a los servicios de protección contra la VBG y de protección de derechos en general.

Entre estas acciones pueden mencionarse los encuentros binacionales y las reuniones de instituciones homólogas que han permitido a instituciones y organizaciones vinculadas a los sectores de salud, migración, seguridad, políticas locales y otros en ambos países analizar conjuntamente los nudos críticos para el ejercicio de derechos de mujeres y jóvenes migrantes. Asimismo se posibilitó el establecimiento de compromisos y acciones concretas para mejorar las coordinaciones en los procesos migratorios y la protección de derechos de las poblaciones móviles y migrantes en zonas fronterizas, particularmente los relativos a la SSR, la prevención y atención integral del VIH y de la VBG.

Por otra parte, aprovechando el enfoque que estableció la nueva Ley General de Migración y Extranjería (Ley 8764, aprobada el 1o de septiembre de 2009 y en vigencia a partir del 1o de marzo del 2010),[12] el Proyecto ha realizado múltiples acciones de incidencia en la gestión del Consejo Nacional de Migración (CNM) y de la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME).

La Oficina del UNFPA Costa Rica presentó el Proyecto al CNM, que lo acogió como una iniciativa de interés y recomendó a las instituciones vinculadas a la atención de los procesos migratorios participar en sus actividades y atender a sus recomendaciones.

Asimismo, partir de la gestión de CENDEROS, el Consejo envió una misión especial a la zona fronteriza donde se desarrolla el Proyecto para que conociera la realidad de estos territorios y de las personas que los habitan, así como las iniciativas y esfuerzos que desarrollan los actores sociales, comuni-

tarios e institucionales. Esta misión presenció una Feria de Salud y observó la dinámica que se establece entre las fuerzas vivas de la comunidad en esta estrategia de intervención apoyada por el Proyecto.

Por recomendación de esta misión especial se ha impulsado el desarrollo de un Sistema de Información y Registro Transfronterizo, para garantizar los derechos de las persona migrantes en zonas fronterizas, a partir de la creación de una categoría migratoria especial y de un proceso de inscripción y registro con la participación y aportaciones de diversas instituciones. Este Sistema está siendo desarrollado con el liderazgo de CENDEROS y con el apoyo del Proyecto, pero fundamentalmente con la participación amplia de actores locales e institucionales del país.

Conviene destacar también, como incidencia relevante del Proyecto en las políticas públicas, el establecimiento y consolidación de una alianza con la DGME. El Proyecto ha brindado a esta instancia asistencia técnica y financiera para establecer las bases conceptuales y funcionales de una Dirección de Integración Social y Promoción Humana, así como para generar espacios de análisis conjunto entre la DGME y la CCSS a fin de determinar sus necesidades de ajustes normativos y jurídicos de tal forma que se responda a la nueva Ley de Migración. Ha contribuido también a desarrollar un módulo lúdico que posibilite que las personas migrantes se informen en espacios comunitarios sobre los mecanismos de acceso a servicios de salud, a formular de un Plan Estratégico del CNM 2011-2014, y a desarrollar e implementar una campaña para sensibilizar a funcionarios públicos y a la comunidad en general sobre el aporte que hacen las personas migrantes al desarrollo del país.

Con los materiales elaborados en el contexto de la campaña denominada "1+1 Hacemos Costa Rica", entre los que se encuentran una cuña auditiva, un video, 4 afiches distintos, 3 botones distintos y calcomanías, se pretende alcanzar en una primera fase a 300 funcionarios de la DGME y a 4000 usuarios de los servicios de dicha institución. En la segunda fase se pretende tener un mayor impacto a partir de la negociación de pauta en radios nacionales y televisiones nacionales, además de ampliar la campaña a otras instituciones del país.

A partir del Proyecto se han implementado también múltiples actividades de capacitación, coordinación, intercambio técnico entre comunidades o servicios con buenas prácticas, planificación, entre otras. Todas ellas están orientadas al fortalecimiento del trabajo en red, pero su propósito fundamental es el mejoramiento de las capacidades institucionales y organizacionales para promover, garantizar y defender el derecho de las personas migrantes a la SSR y a vivir una vida libre de violencia.

Conclusiones

- En las actividades y estudios desarrollados en el marco del Proyecto, se ha podido comprobar que las distintas poblaciones que viven en los territorios fronterizos (especialmente mujeres y jóvenes), y en particular aquellas personas que poseen una condición de irregularidad migratoria, están expuestas a explotación laboral; a dificultades de acceso a servicios; a situaciones de riesgo para la salud e integridad en el tránsito y destino, tales como violaciones y agresiones sexuales en forma de extorsión, y, en general, a limitaciones para el disfrute de sus derechos.
- El Proyecto ha logrado incidir directamente en el posicionamiento institucional y político del fenómeno migratorio y su relación con la SSR, el VIH y la VBG de las mujeres y jóvenes migrantes. La asistencia técnica en las iniciativas tendientes a fortalecer el desarrollo de la política migratoria ha sido fundamental para garantizar un avance hacia una gestión migratoria con enfoque de derechos humanos.
- Igualmente importante ha sido, dentro del Proyecto, la constitución de un grupo de actores estratégicos de distintas instituciones y organizaciones a nivel local, nacional y binacional. Éstos han analizado las situaciones encontradas que dificultan el ejercicio de derechos de los grupos meta del Proyecto, así como las posibles estrategias de abordaje para su solución.
- La participación de instituciones tales como la DGME, la CCSS, el Poder Judicial, los Gobiernos Locales, el CNM y la sociedad civil organizada en todas las acciones del Proyecto ha permitido lograr avances significativos en la construcción de políticas y normativas en el seno de estas instancias para brindar a las personas migrantes un mayor acceso a la salud y a la protección frente a la VBG.
- En virtud de lo anterior, es de suma importancia seguir apoyando los procesos de implementación de los cambios normativos e institucionales y de los mecanismos locales y nacionales que se han fortalecido en la defensa de los derechos de las personas migrantes. Es necesario seguir avanzando para conseguir que las acciones estratégicas identificadas sean incluidas en los instrumentos de planificación institucional y que se aseguren las partidas presupuestarias correspondientes, junto con las medidas de desempeño institucional.
- A fin de lograr una acción sostenida es necesario además continuar impulsando el fortalecimiento de capacidades institucionales y promoviendo el trabajo intersectorial, interinstitucional y transfronterizo para

articular la acción pública en defensa de los derechos de las personas migrantes, en especial los relativos a la SSR y a una vida libre de violencia.

- Entre los retos identificados permanece la necesidad imperiosa de seguir apoyando iniciativas que vinculen los procesos migratorios y de construcción de la salud en las zonas fronterizas, toda vez que las comunidades que las habitan requieren un apoyo integral y, sobre todo, con una perspectiva de desarrollo y derechos humanos.
- Las principales capacidades que requieren mayor fortalecimiento son la gestión de información (registro, procesamiento, administración, análisis y utilización) y el monitoreo rutinario de indicadores de salud y de violencia, entre otros (desagregados por edades, sexo y combinando con información cualitativa y desde su percepción), que permitan conocer aún más las diversas situaciones y condiciones de las personas migrantes y las mejores estrategias de abordaje posibles.

Referencias

1. Morales A, Acuña G, Li Wing-Ching K. Migración y salud en zonas fronteriza: Costa Rica – Nicaragua. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE, 2010.
2. Morales A. La Diáspora de la posguerra. Regionalismo de los migrantes. Costa Rica: FLACSO, 2007.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. Censo Nacional de Población. Costa Rica: INEC, 2000.
4. Morales A, Pérez M, Roque JR, Zúñiga H. Las prácticas sociales de transformación del espacio urbano: el caso de la intermediación fronteriza entre San Carlos de Nicaragua y Los Chiles de Costa Rica. Costa Rica: FLACSO, 2006.
5. Granados, S. Diagnóstico de Upala para el Plan Regulador. Universidad Nacional Costa Rica. En prensa.
6. CENDEROS. Propuesta de Registro e información Transfronteriza. Costa Rica. En prensa.
7. Solís A. Estudio de Hogares Nicaraguenses. Entre el arraigo y el asentamiento. En prensa.
8. Fondo de Población de Naciones Unidas, Centro de Derechos Sociales para la Persona Migrante, Centro de Estudios y Promoción Social. Estado de la situación de la migración y la salud sexual y reproductiva -incluido el VIH y el SIDA y la violencia basada en género- en jóvenes

y mujeres migrantes. Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.
9. Chen M, Rosero L, Brenes G, León M, Gozález M, Vanegas J. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2001.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Primera Encuesta Nacional de Juventud Costa Rica. Informe integrado. Costa Rica: Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven y Viceministerio de la Juventud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.
11. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa: OMS, 1986.
12. La Gaceta. Ley general de migración y extranjería (No. 8764). San José: La Gaceta, 2009.

NICARAGUA

Desarrollo de redes y empoderamiento comunitario en salud sexual y reproductiva en la frontera: Cárdenas y Río San Juan

Karla Aburto Hernández, Alba Alvarado Largaespada, Rosario Cuadra Fernández, Graciella Marsal de Varona

Introducción

En el contexto de la "Iniciativa Regional Igualdad de género, Derechos reproductivos y Respeto a la diversidad cultural en América Latina y el Caribe" (2008-2012) y en el marco de la esfera priorizada Migración y Salud, se implementó el "Proyecto Binacional sobre Migración Internacional y Desarrollo con enfoque de Género y SSR", en la frontera Nicaragua-Costa Rica* , con el propósito de contribuir a la promoción de los derechos humanos de jóvenes y mujeres migrantes y al fortalecimiento de los programas de atención de salud sexual y reproductiva (SSR), incluido el VIH y el Sida y la violencia basada en género (VBG). Este proyecto se propuso lograr un incremento de la demanda, acceso y utilización de servicios de calidad en SSR, así como mejorar la atención a jóvenes y mujeres migrantes en zonas fronterizas. El Proyecto en Nicaragua fue ejecutado por el Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS), ONG nicaragüense, en coordinación y con el acompañamiento de la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas de Nicaragua.

Contexto

Nicaragua y migración

La historia de Nicaragua ha estado vinculada a procesos migratorios y movilidad poblacional ocasionados por desastres naturales, conflictos bélicos y la situación de pobreza e inequidad social. Más del 10% de las y los nicaragüenses viven fuera de Nicaragua,[1] siendo su princi pal destino Costa Rica 69.9%, 14.7% a otros países** centroamericanos, 13.2% a Estados Unidos y 2.2% a otros países . El Informe para el Desarrollo Humano 2009,[2] señala que entre 1990 y 2005, más de 800.000 nicaragüenses emigraron y proyectaba que para 2010 400.000 más podrían hacerlo.

* Título oficial: Proyecto Promoción de los Derechos Humanos de jóvenes y mujeres en poblaciones móviles y migrantes y fortalecimiento de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH y el Sida y la violencia de género en la zona fronteriza Nicaragua - Costa Rica. Conocido como Proyecto Migración y Salud.
** Sistema de Información Estadísticas sobre las Migraciones en Mesoamérica.

El Centro Nicaragüense de Derechos Humanos[3] señala que "si pudieran hacerlo, aproximadamente 60% de las y los nicaragüenses menores de 30 años se radicarían en el exterior, motivados por las ventajas comparativas del mercado de trabajo, búsqueda de mejores condiciones de vida y motivadas por las redes familiares.[4] El 15% de los hogares nicaragüenses tienen a uno de sus miembros viviendo permanentemente en el exterior.* La proporción de migrantes es similar entre hombres y mujeres, aunque en los últimos años se observa una tendencia a la feminización, al incremento de población joven[1] y al flujo de niñas/os bajo el concepto de reunificación familiar y como fuerza de trabajo[5,6] situación que complejiza aún más las implicaciones de los movimientos de población.

Área geográfica, características socioeconómicas y dinámica de movilidad de las poblaciones donde incide el Proyecto.

La Frontera Sur de Nicaragua tiene una superficie de 5,395 Km2, constituida por dos Departamentos: Rivas con once municipios, de los cuales Cárdenas y San Juan del Sur limitan con Costa Rica, y Río San Juan (RSJ) con seis municipios, de los cuales San Carlos, El Castillo y San Juan del Norte comparten frontera con Costa Rica a través del río San Juan.

La zona geográfica de incidencia del Proyecto abarca dos municipios de la franja territorial con población potencialmente migrante: El primero, Cárdenas (Rivas), comprende las siguientes comunidades limítrofes en territorio costarricense: Colón, Los Ángeles, El Tablón, Sota Caballo y Peñas Blancas, donde está la estación de paso oficial más importante entre ambos países. El segundo municipio es San Carlos (RSJ), que incluye las comunidades de Los Chiles, Laurel Galán y Las Azucenas, ubicadas en la faja fronteriza, y el casco urbano de San Carlos (Figura 1).

* Aproximadamente 1 de cada 7.

Figura 1
Área Geográfica de implementación del proyecto

En estas comunidades existe una dinámica histórica de movimientos cotidianos interfronterizos, de intercambio comercial, laboral, familiar y cultural. Los diferentes "puntos ciegos" establecidos como vías naturales de acceso para el tránsito cotidiano de las poblaciones de esas comunidades a Costa Rica también son utilizados por otras poblaciones móviles y migrantes no documentadas que provienen de otros puntos del país. La pobreza y el bajo nivel educativo (57.7% primaria y 20.1% ningún nivel académico)[1] son las características que unen a estas poblaciones transfronterizas y migrantes.

En casi todas las comunidades transfronterizas, más de algún miembro de la familia nació en Costa Rica y tiene esa nacionalidad o ambas nacionalidades. Sin embargo, porcentajes cercanos al 38% de niñas/os y jóvenes no están inscritos en ningún país[7] , lo cual representa un reto para las autoridades nicaragüenses de crear mecanismos que les permita acceder a sus documentos nacionales.

Mayor presión sobre los servicios, tanto para Nicaragua como para Costa Rica. En los últimos cinco años se ha observado una migración interna

de poblaciones que se desplazan de sus lugares de origen, asentándose en las zonas fronterizas para acercarse más a sus familias residentes en Costa Rica. Esto ha ocasionado una mayor presión sobre los servicios, tanto para Nicaragua como para Costa Rica. La migración de mujeres se ha incrementado debido al tipo de trabajo al que tienen acceso (como empleadas domésticas, meseras y cocineras). Más del 50% de las mujeres que migran tienen entre 16 y 42 años de edad,[8] y lo hacen hacia zonas urbanas porque pueden acceder más fácilmente al mercado laboral urbano, mientras que en la zona rural el hombre sigue el factor de producción.[9]

Otra característica en estos flujos migratorios es la procedencia mayoritariamente rural, de las mismas comunidades limítrofes, así como de comunidades del norte, centro y Atlántico del país. Estas poblaciones se desplazan para realizar tareas productivas, sobre todo en el sector agrícola, y en particular para la recolección de cosechas de naranja, piña, melón, caña de azúcar y arroz.

Por otro lado se encuentra una dinámica diferente en la frontera formal, Peñas Blancas, paso obligado de transportistas, comerciantes, turistas, estudiantes y otras poblaciones que se movilizan hacia Costa Rica de manera documentada, interactuando con otros actores sociales como tramitadores, agentes aduaneros, agentes migratorios, policía, ejército, trabajadoras sexuales y poblaciones locales, que realizan el viaje con menos riesgos que las poblaciones que cruzan por los puntos ciegos.

Implementación y resultados del proyecto

Proyecto Migración y Salud.

El Proyecto inició su implementación en el 2008 con un enfoque estratégico binacional Nicaragua-Costa Rica, con la coordinación tanto de las organizaciones ejecutoras* como de las oficinas del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA en ambos países, imprimiendo un carácter y visión de unidad.** Contempló el desarrollo de dos actividades claves: 1) sistematización y diseminación de buenas prácticas sobre SSR incluyendo VIH y Sida, género y VBG para jóvenes y mujeres migrantes y 2) fortalecimiento de organizaciones nacionales y redes para incidir sobre los derechos de los migrantes, el acceso a los servicios de SSR, VIH y VBG, dirigido a las y los actores locales y poblaciones migrantes de la frontera sur Nicaragua-Costa Rica, con

*Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS) ONG Nicaragüense y el Centro de Derechos Sociales del Migrante (CENDEROS)

**Para la adecuación de los objetivos y resultados esperados del Proyecto se desarrollaron una serie de reuniones bilaterales de coordinación, orientadas a la delimitación territorial para la intervención, planificación, seguimiento y evaluación, permitiendo en este proceso definir las acciones claves y líneas estratégicas del mismo

el propósito de crear un ambiente favorable para la promoción del abordaje integrado de los temas de migración y SSR desde una perspectiva sostenida y articulada.

Se definieron como grupos meta los jóvenes y las mujeres, debido al incremento de su participación en la dinámica de movilidad poblacional y su mayor vulnerabilidad de los derechos humanos relacionados con la SSR. Se identificaron a jóvenes hombres y mujeres con familiares que viven en Costa Rica temporalmente o con residencia establecida; población móvil, con o sin documentos, que se desplaza a través de las estaciones de paso con propósitos diversos; nicaragüenses que retornan a su lugar de origen; poblaciones de las comunidades rurales de Cárdenas y San Carlos que por su ubicación geográfica realizan actividades cotidianas en los poblados fronterizos de Costa Rica; y migrantes y poblaciones móviles documentados que pasan por la frontera formal.

Se contemplaron como actores clave las autoridades y funcionarios de las siguientes instituciones nacionales, departamentales y municipales: Ministerio de Salud,* Ministerio de Gobernación, Instituto Nicaragüense de Juventud,** Alcaldías, Aduana y Migración, Policía Nacional, Comisaría de la Mujer. Se incluyó a líderes y actores comunitarios organizados a través de diversas redes, a los Gabinetes Municipales de Poder Ciudadano y los Consejos del Poder Ciudadano en las Comunidades.

El estudio realizado sobre el estado de la situación de las prácticas y relaciones entre la migración y la SSR en mujeres y jóvenes migrantes de las zonas fronterizas de Nicaragua y Costa Rica,[10] generó una base de información, conocimiento y sensibilización para el reconocimiento de esta problemática y la implementación de actividades conjuntas en las áreas fronterizas.

También permitió identificar la situación y percepción de las poblaciones locales, móviles y migrantes en relación con sus necesidades de acceso a servicios de SSR y en el ejercicio de sus derechos humanos (DH), con énfasis en la prevención del VIH y la VBG. Se exploró la experiencia y percepción de actores claves institucionales, líderes comunitarios, hombres, mujeres y adolescentes. De ello resultaron los hallazgos*** que reafirman la vulnerabilidad y brecha en el acceso de estas poblaciones a los servicios de salud y particularmente de SSR:

*MINSA

**INJUVE

***Desde el punto de vista de actores entrevistados de las instituciones de salud; otras instituciones como migración y extranjería, aduana, policía, operadores de justicia, organizaciones de sociedad civil; y poblaciones móviles y migrantes, tanto en Nicaragua como en Costa Rica.

Instituciones de Salud

- Ninguno de los dos territorios no tienen claramente definidos en sus Programas y/o Políticas el tema de la atención específica a poblaciones móviles y migrantes y no cuentan con registros estadísticos de su atención.
- Ni los servicios de SSR (control prenatal (CPN), parto, puerperio, planificación familiar (PF), entre otros), ni las acciones preventivas de información y educación que ofertan las unidades de salud están diseñados para responder a las necesidades de las poblaciones migrantes.
- El acceso está referido únicamente al primer nivel de atención, no se da un seguimiento de los casos y no tienen acceso a otros niveles de atención más especializados.
- Dada su situación de irregularidad migratoria, estas poblaciones no están cubiertas por la seguridad social y son víctimas de actitudes de rechazo y discriminación por parte del personal de salud debido a su condición de migrantes y a su nacionalidad.

Interinstitucional

- Se carece de coordinación y protocolos para información entre instituciones como Policía, Migración y Aduana e instituciones de salud. Esto dificulta que las y los funcionarios brinden el apoyo necesario (en temas relacionados con la salud) o información para que los migrantes puedan conocer los procedimientos y normas para acceder a los servicios de salud.
- Las poblaciones móviles y migrantes enfrentan dificultades para el acceso y seguimiento en el sistema judicial. De igual manera, falta coordinación con instituciones para la atención de casos de VBG. En Nicaragua el desconocimiento de las rutas críticas y la lentitud del proceso de resolución ocasionan que las y los denunciantes abandonen los casos.
- La coordinación entre los servicios de salud y las instituciones ante la denuncia o evidencia de VBG es escasa o nula.

Poblaciones móviles y migrantes

- Las prácticas y percepciones sobre métodos anticonceptivos y formas de prevención de las ITS y VIH no son las adecuadas, lo que incrementa el riesgo de embarazos no deseados y contagios.
- Se percibe un trato diferenciado de las poblaciones móviles y migrantes que acuden a los servicios de salud, en los que temen ser maltratadas o rechazadas.

- Estas poblaciones temen ser deportadas debido a su condición migratoria irregular.
- No tienen acceso a servicios de SSR; su acceso a la seguridad social es limitado, y su capacidad económica para acceder a servicios de salud privados es baja.
- Desconocen sus derechos, así como los servicios y mecanismos para la interposición de denuncias ante la VBG, en particular la violencia sexual.

En este contexto las acciones del Proyecto estuvieron enfocadas en cuatro grandes ámbitos: generación de información sobre migración y salud para la toma de decisiones. Esto implicó el desarrollo de estudios,* la sistematización de fuentes de información de la población móvil y migrante fronteriza entre Nicaragua y Costa Rica, y mapeos de actores sociales que trabajan temas de migración, SSR, VIH y VBG. El segundo fue la abogacía dirigida a autoridades de niveles nacionales, departamentales y municipales tales el Ministerio de Salud (MINSA), Migración y Extranjería, Aduana; Alcaldías, Policía, Comisaría de la Mujer, INJUVE, entre otras, que formaron parte de la alianza de actores en el Proyecto. El tercer ámbito fue el fortalecimiento institucional dirigido a funcionarios de las instancias municipales y de sociedad civil local para incidir en la sensibilización y empoderamiento del tema de migración y SSR, así como el fortalecimiento de la calidad y cobertura de la prestación de servicios de SSR del Ministerio de Salud en la zona fronteriza en los departamentos de Rivas y Río San Juan. Por último, el cuarto ámbito fue el de las acciones comunitarias dirigidas a las poblaciones móviles, migrantes y locales con el propósito de informarlas, educarlas, capacitarlas y empoderarlas en el ejercicio de sus derechos humanos ante la SSR, VIH y VBG.

En cuanto a la abogacía, la Coordinación Binacional constituyó una de las principales actividades desarrolladas con el propósito de promover la garantía y el ejercicio de los derechos de las poblaciones móviles y migrantes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del VIH y la violencia basada en género a través de la articulación actores de gobierno, organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria y personas migrantes. También permitió acercar a actores de ambos países para desde una perspectiva binacional, intercambiar experiencias, modelos de abordaje, identificar nudos críticos, establecer alianzas y definir estrategias y planes de acción conjuntos,** que a su vez retomaban las particularidades nacionales,

*Publicación de 500 ejemplares y socialización de resultados del estudio binacional (Nicaragua-Costa Rica) realizado a finales de 2008 e inicios de 2009.

**Elaboración y ejecución de 15 planes de acciones conjuntas con: Funcionarios de Aduana migración (4) Personal de Salud (2), Red de hombres Migrantes (4), Red de Mujeres (3) y Jóvenes (2), para el desarrollo de actividades de promoción dirigidas a pobladores de sus respectivas localidades sobre aspectos relacionados a los DH, Derechos del Migrante, Derechos SSR y la promoción a los servicios de SSR incluida la prevención del VIH y VBG.

para la promoción y defensa de los DH y el acceso a los servicios de salud de las y los migrantes con particular énfasis en jóvenes y mujeres. La coordinación fue realizada a través de encuentros binacionales con actores claves y reuniones técnicas de instituciones homólogas que permitieron la complementariedad de intervenciones desde la visión nacional a la binacional. Se desarrollaron tres[*] encuentros binacionales[**] de autoridades nacionales y departamentales en los que participaron representantes de migración, gobiernos locales, institutos de la mujer, policía, aduanas, políticos, organismos de sociedad civil y agentes comunitarios; y cinco reuniones técnicas de instituciones homologas[***] de Nicaragua y Costa Rica, con Gobiernos Locales, Ministerios de Salud, Gobernación y Seguridad Pública, Juventud y Violencia.

Las acciones de abogacía se constituyeron en un elemento clave para poner en agenda el tema de la migración vinculado con la salud y el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad de las poblaciones móviles y migrantes.

El fortalecimiento institucional partió del establecimiento de alianzas con instancias locales de gobierno, sociedad civil y líderes comunitarios. Éstos participaron en actividades que incluyeron reuniones, talleres de sensibilización, capacitaciones, enfocados en temas de DH, derechos de las y los migrantes, DSR, SSR desde un abordaje integral, prevención del VIH y VBG en el contexto de la relación entre migración y salud.[11]

Para desarrollar de las capacidades de las y los actores locales en la zona fronteriza de Rivas y Río San Juan, se realizaron 16 talleres sobre empoderamiento y liderazgo, derechos y SSR, acceso a los servicios de SSR, prevención del VIH, VBG y participación masculina. En estos talleres participaron 243 jóvenes, mujeres y hombres migrantes.[****] Se realizaron asimismo 41 talleres con 367 funcionarios de la zona fronteriza del Ministerio de Salud, Aduana y Migración, Gobiernos Locales en temas relacionados con DH, SSR, prevención de VIH y ruta crítica de violencia.

*Tres reuniones con participación de 82 actores locales de Río San Juan y Rivas y 30 actores nacionales de instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.
**Rivas, Nicaragua, Diciembre 2008. Liberia, Costa Rica, Octubre 2009. San Carlos, Nicaragua, Diciembre 2009. Con un total de 109 participantes.
***San Juan del Sur, Nicaragua Octubre 2009. Upala, Costa Rica Agosto 2010, Liberia, Costa Rica Septiembre 2010.Con un total de 45 participantes
**** Jóvenes: 5 talleres: 78 participantes; Mujeres:5 talleres:79 participantes, Hombres: 6 talleres: 86 participantes

Se desarrollaron además reuniones multisectoriales* e individualizadas con 203 actores locales: MINSA, Migración y Aduana, Gobiernos Locales, Policía Nacional, líderes comunitarios, Ministerio de Educación, Casa de la Mujer, Casa del Migrante, Redes de Migrantes para la elaboración y seguimiento de planes de acción mensuales a desarrollar en los territorios de inter

vención para la promoción de acceso a los servicios de SSR de la población migrante. En este marco se conformaron dos redes de jóvenes, mujeres y hombres (en Rivas y San Carlos para un total de 6) para informar a la población transfronteriza sobre los DH y la SSR.

También se desarrollaron acciones para mejorar la calidad y la cobertura de la prestación de servicios de SSR del MINSA en la zona fronteriza de Rivas y Río San Juan, donde se establecieron alianzas con el Proyecto Aseguramiento de insumos en SSR en la RAAN, RAAS y Río San Juan y el Programa Global para el Aseguramiento de insumos en SSR, ambos ejecutados por la oficina de UNFPA en Nicaragua, que contribuyeron a garantizar insumos en SSR a 37 puestos de Salud, 8 Centros de Salud, un hospital en Río San Juan y unidades de salud de Rivas.[12] Se desarrollaron 18 brigadas médicas, enmarcadas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC),[13] que llevaron a la población servicios de salud en medicina general, pediatría, vacunación, ginecología (prueba del PAP), odontología, servicios básicos de laboratorio y actividades de promoción y prevención con servicios de asesoría para antes y después de la toma de la prueba voluntaria del VIH, distribución de condones, prevención del cáncer de mamas a través del auto examen e información sobre derechos laborales, migratorios y DSR.

Otra de las acciones realizadas fueron las ferias de salud , brindándose información a 4,999 personas de la zona fronteriza; 232 pruebas rápidas de VIH con asesoría antes y después de realizarse; 92 pruebas de PAP; 30 demostraciones del autoexamen de mamas, distribución de 1,200 condones, entrega de 5,000 folletos plegables en temas de SSR; 2,934 abordaje cara a cara con migrantes sobre derechos y SSR. Estas acciones han contribuido a mejorar el acceso a los servicios de salud de hombres, mujeres, niñas y niños y adolescentes.

Las acciones comunitarias estuvieron dirigidas en primera instancia a la creación de una base social en las comunidades a partir de la identificación y selección de agentes claves. Éstos participaron en reuniones, talleres y encuentros sobre DH, derechos de las y los migrantes, DSR, SSR, Prevención del VIH y VBG. Asimismo, adquirieron habilidades para generar un proceso

*48 reuniones multisectoriales.

de información, comunicación y orientación en las poblaciones fronterizas con el objetivo de que contaran con conocimientos y herramientas para hacer valer sus derechos (Figura 2).

Figura 2
Acciones comunitarias desarrolladas en el proyecto



Proyecto UNFPA-CEPS

Las y los participantes en estos procesos llegaron a conformar redes de hombres, mujeres y jóvenes migrantes,[6] quienes en el día a día, desde su propia experiencia realizaron un importante trabajo en sus comunidades y lograron presencia en los espacios de incidencia local.

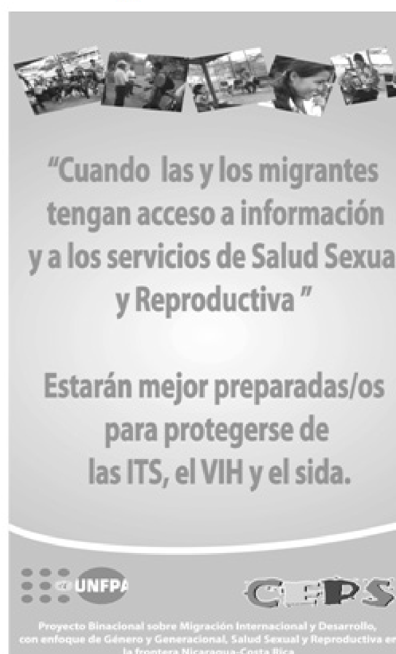
En las acciones comunitarias se enfatizaron el enfoque de la responsabilidad y participación masculina en la SSR de su pareja, las relaciones equitativas, solidarias, respetuosas y tolerantes dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación y violencia, incluyendo la VBG, así como el empoderamiento de la mujer para el reconocimiento efectivo de sus derechos.

A nivel comunitario se implementó la Estrategia Binacional de Comunicación y Abogacía,[*] que fortaleció la participación activa de las redes e instituciones. Como consecuencia, éstas llegaron a los sitios más recónditos

* Elaborada en el marco del Proyecto por el CEPS y CENDEROS de Costa Rica.

de los municipios fronterizos a través de difusión de viñetas radiales con temas sensibles en SSR (CPN, prevención del cáncer de mamas y del cuello de útero), VIH (uso del condón, servicio de consejería), violencia (ruta de denuncia), materiales informativos y educativos como plegables, afiches y rótulos con los diferentes temas abordados (Figura 3).

Figura 3
Materiales comunicacionales desarrollados a través de la Estrategia de Comunicación



Finalmente, dentro de las acciones de comunicación y para el trabajo directo con las poblaciones móviles, migrantes y locales se realizaron charlas, abordajes cara a cara y otras acciones lúdicas que permitieron llevar información y educación a estas poblaciones.

Conclusiones

La implementación del Proyecto de Migración y Salud en Nicaragua permitió dar a conocer a nivel binacional, nacional y local los vínculos entre la migración y la SSR destacando la vulnerabilidad de la población móvil y migrante y los efectos en su salud. Esto ha hecho visibles a estas poblaciones y ha despertado en las diferentes audiencias la inquietud de buscar mecanismos conjuntos de respuesta a las necesidades de los grupos móviles de tener acceso a los servicios de SSR, atención de la VBG y prevención del VIH.

El tema de la migración y su vinculación con la salud, el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad de las poblaciones migrantes en cuanto a sus derechos y el acceso a los servicios de salud y SSR, siguen presentes en la agenda de los actores involucrados en el proyecto, tanto nacional como local.

Las acciones de abogacía permitieron que las autoridades de las diversas instituciones reconocieran a las poblaciones móviles, migrantes y de las comunidades fronterizas como grupos priorizados, acercándoles los servicios de salud y SSR, a través de ferias de salud y brigadas médicas. A través de las ferias de salud se logró incidir en la prevención del VIH con la oferta de los servicios de asesoría para la prueba voluntaria, logrando una alta demanda y rompiendo el tabú y el miedo de la población para realizarse la prueba.

Las redes de apoyo de jóvenes, mujeres y hombres en las comunidades constituyeron el canal de información, comunicación y de orientación a sus pares migrantes, lo que permitió un mayor alcance informativo sobre los derechos humanos, en particular con migración, SSR y VBG. Esta información se masificó con la estrategia de comunicación, contribuyendo a fortalecer el trabajo de las redes y empoderar a quienes éstas representan.

Los espacios y acciones de abogacía, la coordinación sectorial e interinstitucional y las alianzas, han sentado las bases para promover un ambiente positivo para el incremento de la oferta y la demanda de los servicios de SSR de la población móvil y migrante. Ello ha motivado a sumar esfuerzos, con la creciente participación de diversos sectores institucionales* para asumir la estrategia de las ferias como una acción permanente en sus respectivos planes. El reto de continuar ofertando los servicios integrales a las comunidades de la zona, entre los que se incluyen servicios de salud, SSR, atención de casos de violencia, registro civil de niñas y niños, así como orientaciones en el ámbito laboral, educativo y para el acceso a programas productivos y de protección al medio ambiente.

*Ministerio de Educación, el Ministerio de la Familia (MIFAMILIA), el Registro Público, Ministerio de Justicia, el Ministerio del Trabajo (MITRAB), el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA), el Ministerio Agropecuario y Forestal

Tres acciones importantes que evidencian de qué manera ha incidido el Proyecto en la problemática de migración y salud. El primero es que las autoridades de Río San Juan han solicitado a las instancias nacionales la apertura de nuevas plazas de personal de salud y presupuesto para la construcción de infraestructura que permita la permanencia de los servicios en las comunidades de la Costa Sur. En segundo lugar, se ha desarrollado un plan de contingencia ante el incremento de la movilidad poblacional y su efecto en la situación de salud (ITS, VIH, trata de personas y VBG). Esta acción es producto del incremento del turismo nacional e internacional, el flujo de trabajadores externos en la construcción de la carretera y la futura construcción de un puente vehicular a través del río San Juan en la comunidad de Los Chiles, para la nueva frontera internacional en la zona. Si bien las comunidades de la Costa Sur del municipio de San Carlos no formaban parte del ámbito geográfico del Proyecto, las acciones de fortalecimiento institucional sobre todo al sector salud y a la Comisaría de la Mujer, hicieron posible que estas instituciones adquirieran una mayor capacidad de respuesta y acercamiento a estas comunidades, e hicieron posible que se adhirieran otras instituciones a partir de la sinergia con otros proyectos ejecutados por el CEPS.[*] Por último, el MINSA, en coordinación con otras instituciones, se encuentra en proceso de adecuación en coordinación con otras instituciones, se encuentra en proceso de adecuación de los formatos de registros del MOSAFC,[**] en el que se incorporan nuevas variables relacionadas a la movilidad poblacional y las zonas transfronterizas, que serán aplicadas en censo poblacional y permitirán contar con información objetiva de la situación de las comunidades y sus habitantes de manera desagregada.[***]

A partir de la experiencia en el desarrollo del Proyecto, el CEPS ha formando parte del grupo de consulta de la sociedad civil sobre la iniciativa de Ley de SSR en la Asamblea Nacional, planteando la necesidad de visibilizar a las poblaciones móviles y migrantes, haciendo énfasis en la vulnerabilidad de la mujer, poblaciones transfronterizas y los derechos humanos.

*Proyecto multicéntrico: migración internacional y derechos en salud sexual y reproductiva en migrantes de Centroamérica y México. ejecutado por el Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS) con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública de México y la Fundación Ford.

**Nuevo modelo de atención en salud, bajo un enfoque basado en la familia y la comunidad.

***Resultados de procesos de trabajos interinstitucionales desarrollados en el departamento de Rio San Juan en el año 2011.

La experiencia de trabajo desarrollada ha permitido resultados y logros concretos como:

- Facilitar a tomadores de decisiones nacionales y locales información relevante sobre migración y salud sexual y reproductiva.
- Haber colocado en la agenda nacional y local el abordaje de la SSR de la población migrante y transfronteriza de la zona Nicaragua –Costa Rica.
- Haber propiciado un espacio de diálogo y de coordinación binacional Nicaragua-Costa Rica de actores claves e instituciones homólogas vinculadas a los temas de migración y SSR, logrando identificar nudos críticos y algunas líneas de intervención que podrían ser llevadas a cabo desde la perspectiva binacional para el abordaje de migrantes.
- Fortalecimiento de la calidad y cobertura de la prestación de servicios de SSR del Ministerio de Salud en la zona fronteriza en los departamentos de Rivas y Río San Juan.
- Fortalecimiento de las capacidades de los actores locales de la zona fronteriza para promover los derechos y generar demanda de los servicios de SSR entre la población migrante en la zona fronteriza de los departamentos de Rivas y Río San Juan.

Entre los principales desafíos para sostenibilidad de las acciones desarrolladas están:

- Continuar con la abogacía a nivel nacional para que se emitan o mejoren leyes y políticas públicas sobre el tema de migración y salud, a fin de motivar compromisos prioritarios encaminados a la búsqueda de alternativas para resolver los nudos críticos identificados en las diferentes instancias de los encuentros y reuniones binacionales. Las principales cuestiones que se busca abordar con estas medidas son la SSR, incluyendo el VIH y la VBG, el registro civil de las y los niños nacidos en Costa Rica, el costo de aranceles para la documentación y el seguimiento de casos de violencia.
- Aprovechar los diferentes procesos de reformas de leyes vinculadas al tema de migración y salud para visibilizar o incorporar dentro de los grupos prioritarios a la población migrante. Dentro de estas leyes la misma ley de SSR, la ley de educación, la ley 238 relacionada al VIH y la ley de violencia entre otras.

- Fortalecer el compromiso y liderazgo de los Gobiernos Locales en la conducción de las estrategias dirigidas a la población migrante para el mejoramiento de la SSR.
  Fortalecer el abordaje del tema de migración y SSR desde una perspectiva integrada, sostenida y articulada con la participación de diferentes actores.
- Apoyar al MINSA para la implementación de un sistema de registro y monitoreo de las poblaciones migrantes y móviles atendidas y del impacto de las acciones realizadas.
- Fortalecer a las comisarías de la mujer en ambos municipios fronterizos de manera que se garantice la atención expedita de las denuncias de los casos de violencia en las mujeres, particularmente de las migrantes.
  Fortalecer el empoderamiento, liderazgo y participación de la población migrante en la gestión de iniciativas dirigidas a la protección de sus derechos humanos, incluyendo la SSR.
  Ampliar el número de redes organizadas en las comunidades transfronterizas con el propósito de lograr mayores niveles de cobertura a la población migrante o eventualmente migrante.
- Continuar con la búsqueda de cooperación internacional para acelerar los procesos de cambio necesario en migración y salud y contribuir a la sostenibilidad a largo plazo.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Medición de Niveles de Vida. República de Nicaragua: INEC, 2005.
2. Klugman J, et al. Informe sobre el desarrollo humano 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humano. Nicaragua: PNUD, 2009.
3. El Ecuatoriano. Migración: Nicaragua: Jóvenes expulsados por la pobreza [monografía en internet]. El Ecuatoriano, 2009. [consultado 2011 octubre]. Disponible en: http://www.elecuatoriano.com/noticias/?p=6444
4. Estrada J, Cranshaw M, Cuadra R, Peña L, Fonseca B, Sierra M. Plan Estratégico 2011-2015. Nicaragua: Red Nicaragüense de la Sociedad Civil para las Migraciones, 2011.
5. Acuña G. Migración de niños, niñas y adolescentes, derechos humanos y trabajo infantil. Incorporación al mercado de trabajo en la región: algunos elementos para su análisis [monografía en internet]. Costa Rica: Plataforma Subregional sobre Trabajo Infantil y Adolescente, 2010. [consultado 2011 septiembre]. Disponible en: http://www.dnicostarica.

org/wordpress/wp-content/uploads/pdf/Versi%C3%B3nAmigableEstudioMigraci%C3%B3nweb.pdf
6. Díaz T. Situación de los niños, niñas y adolescentes que viajan no acompañados. El Observador Económico FIDEG 2010 septiembre 3.
7. Alcaldía de Cárdenas. Estudio de Alianza Migrante. Nicaragua: Alcaldía de Cárdenas, 2008.
8. Cranshaw MI. Análisis del impacto de los documentos nicaragüenses al entrar en vigencia la Ley Migratoria de Costa Rica. Cuaderno Migratorio 2010;10:30.
9. Garzón A. Una migración olvidada: de Nicaragua a Costa Rica. Revista Correo [serie en internet] 2007 [consultado 2011 septiembre].
10. CEPS, CENDEROS, UNFPA. Estudio binacional: Estado de la situación de las prácticas y relaciones entre la migración y la salud sexual reproductiva, con particular énfasis en mujeres y jóvenes, de las zonas fronterizas Costa rica y Nicaragua. Proyecto binacional sobre Migración Internacional y Desarrollo, con enfoque de género y generacional, Salud Sexual y Reproductiva en la frontera Nicaragua-Costa Rica. Nicaragua-Costa Rica: UNFPA, 2009.
11. CEPS. Informe Proyecto binacional sobre Migración Internacional y Desarrollo, con enfoque de género y generacional, Salud Sexual y Reproductiva en la frontera Nicaragua-Costa Rica. Managua: CEPS, 2010.
UNFPA. Iniciativa Regional Eje 2 Migración y Salud: Promoción y
12. Protección del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del VIH y de la Violencia de Género, de Mujeres y Jóvenes Migrantes. Nicaragua: UNFPA, s/f.
Ministerio de Salud. Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y
13. Comunitario (MOSAFC). Managua: MINSA, 2008.

GUATEMALA

Respuestas integrales en salud sexual y reproductiva, VIH y VBG para migrantes en la frontera: San Marcos y Quetzaltenango

Silvia Negreros

Introducción

En este artículo se presentan los avances del proyecto Migración y salud sexual y reproductiva. Eje 2 UNFPA/AECID, implementado en la frontera Guatemala-México desde 2008 hasta ahora. El proyecto se centra en la atención de cinco grupos móviles cuyas condiciones de vulnerabilidad se asocian a riesgos de sufrir distintos tipos de adversidades en su tránsito por la zona, tales como la violencia psicológica, física y sexual y las violaciones a sus derechos humanos y sociales, las cuales repercuten en su salud sexual y reproductiva.

Recapitulando características sobre las vulnerabilidades sociales, comportamientos y conocimientos en materia de salud sexual y reproductiva de los migrantes, se diseñaron estrategias de vinculación y fortalecimiento institucional con diversos actores involucrados en el tema migratorio (ONG's, dependencias gubernamentales de ambos países, servidores de salud, etc.), así como apoyos para actividades de ayuda humanitaria que incluyeron la sensibilización a migrantes sobre temas de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA.

Las actividades realizadas han permitido conocer de manera más oportuna la dinámica migratoria en la zona, así como las necesidades de salud sexual de los grupos móviles. En particular se ha generado conocimiento preciso sobre las áreas de oportunidad que existen para la implementación de políticas y de acciones conjuntas futuras que redunden en un el bienestar de las poblaciones móviles atendidas.

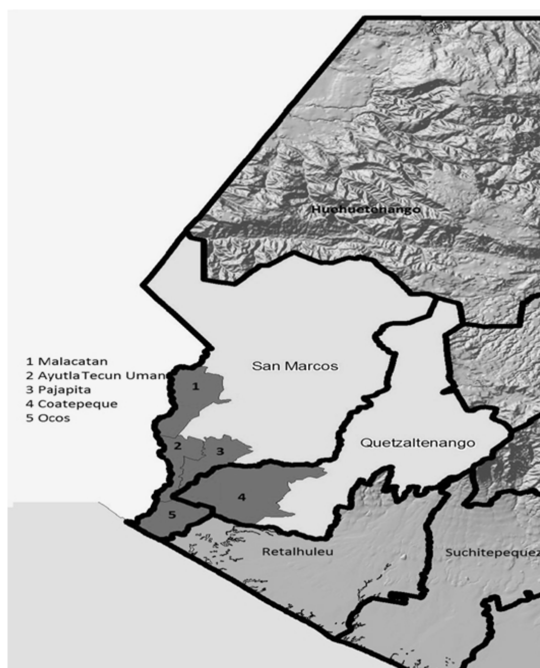
Contexto

Lugar y tiempo de implementación del proyecto

El proyecto se ha implementado en la zona fronteriza con México, abarcando los municipios de Coatepeque, del Departamento de Quetzaltenango, Tecún Umán, Malacatán, Pajapita y Ocos del Departamento de San Marcos, ubica-

dos en la boca costa de la región Suroccidental del país, con una población de 332 mil habitantes proyectada para 2011, 2.2% del total de la población del país estimada en 14.7 millones.

Figura 1.
Área de cobertura del Proyecto



Estos municipios históricamente han sido parte del corredor migratorio de la población centroamericana y, en alguna medida, de población de América del Sur que busca llegar a los Estados Unidos por vía terrestre, con una situación migratoria irregular. Si bien este corredor migratorio, que inicia en la frontera con El Salvador y Honduras y termina en Tecún Umán, frontera con México, todavía es un punto importante de paso de población migrante, el flujo migratorio está desplazándose al norte del país, a l|os departamentos de Petén y Huehuetenango, debido a que el tren que utilizan los migrantes para avanzar hacia Estados Unidos en los últimos años llega sólo llega hasta la ciudad mexicana de Arriaga, y también porque estos pasos nuevos son menos conflictivos y menos vigilados.

En la zona de intervención del proyecto se desarrolla una agricultura de plantación, principalmente de café, banano y palma africana, que utiliza un

porcentaje importante de mano de obra temporal para los períodos de cosecha. Por su cercanía con la frontera, es un área comercial dinámica, en parte estimulada por la firma del TLC, donde hay una proporción importante de comercio informal, con una alta influencia de las actividades relacionadas con el tráfico de personas, narcoactividad y contrabando. Estas actividades, que no requieren de mano de obra calificada, se convierten en una fuente de ingresos para mujeres y hombres migrantes guatemaltecos y extranjeros pobres y desempleados que por cualquier razón no pudieron continuar el viaje hacia México y Estados Unidos, ya sea para continuar el viaje o para regresar a su país o lugar de origen, o bien, para su sustento en caso de que hagan de dicha zona un lugar de residencia permanente.

Las actividades del proyecto se iniciaron en septiembre de 2008 y terminarán en diciembre de 2011. La implementación estuvo organizada en tres etapas: una primera etapa de reconocimiento del área de la frontera que sirvió de base para seleccionar el área de intervención; una segunda etapa de acercamiento a las instituciones del área de frontera para coordinar la implementación de las actividades y una tercera etapa que incluyó apoyo institucional para mejorar la atención de la población migrante, principalmente mujeres y jóvenes, tanto en el nivel local como en el nivel central.

Dinámica de movilidad en la frontera

La población en el área fronteriza entre Guatemala y México tiene una alta movilidad; además de personas de ambas nacionalidades que cruzan regularmente la frontera por razones comerciales, de negocios, de turismo, hay una cantidad importante de guatemaltecas y guatemaltecos que cruzan la frontera por muy diversos motivos. Algunos lo hacen para trabajar en México por día, por semana o por mes con situación migratoria regularizada o irregular; otros son estudiantes, mujeres y hombres, que trabajan en México durante las vacaciones escolares. También hay trabajadores agrícolas guatemaltecos que trabajan en México en períodos de cosecha; migrantes en tránsito hacia Estados Unidos o México; guatemaltecos deportados de México por vía terrestre que residen en otras áreas del país y que se quedan en el área de la frontera para intentar el viaje a Estados Unidos nuevamente o porque deciden fijar una residencia más permanente en la zona. Por último también se encuentran migrantes de otros países que permanecen en el área esperando una oportunidad para continuar el viaje o porque han decidido residir en la zona, muchas veces sin regularizar su situación migratoria en el país, ya que no pueden regresar a su lugar de origen por diversas razones, principalmente debido a la deuda

contraída para realizar el viaje. Esta situación los hace altamente vulnerables a abusos y a la violación de sus derechos en el país.

El registro de entradas de personas del Instituto Nacional de Migración de México (INM) para 2010 ilustra el movimiento de población en esta zona inter-fronteriza (Cuadro I). Durante 2010, se registraron alrededor de 1.7 millones de entradas en los puntos de Ciudad Hidalgo, Talismán, El Carmen y Tapachula,[1] los cuales son los puntos fronterizos con el área de cobertura del proyecto en Guatemala, con un promedio de 4,700 entradas por día. Del total de entradas de personas a territorio mexicano en el 2010, 74% fueron clasificadas como no migrantes; del total de entradas de personas no migrantes, 90% fueron clasificadas como entradas de visitantes terrestres y sólo 6% como entradas de trabajadores fronterizos.

En los últimos años la entrada de población guatemalteca a México se ha facilitado por medio de la Forma Migratoria de Trabajador Temporal[*] y la Forma Migratoria de Visitante Local.[**] De 2009 a 2010, la cantidad de entradas de personas registradas por el INM por la zona de Chiapas aumentó en más del 100%. En 2009 se registraron alrededor de 586 mil entradas de no migrantes, mientras que en 2010, la cantidad de entradas de no migrantes subió a 1,270 miles. Asimismo, el tener un documento de identificación que permita moverse hasta 100 kilómetros en territorio mexicano y autorización para trabajar en forma temporal ha estimulado la movilidad de la población en la zona interfronteriza, así como el registro de la misma, ya que proporciona un cierto nivel de seguridad tanto para los guatemaltecos que residen en los departamentos que cubren estas facilidades como para quienes esperan llegar a Estados Unidos y utilizan esta forma migratoria para iniciar el viaje, cuando tienen información sobre esta facilidad y cuentan con los recursos para hacer la gestión.

*La Forma Migratoria de Trabajador Fronterizo (FMTF): sustituye a la Forma Migratoria de Visitante Agrícola (FMVA) que estaba vigente desde 1997, se aplica a guatemaltecos y beliceños que pretendan desempeñarse como trabajadores fronterizos temporales en los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo, según lo establecido en el Diario Oficial de la Federación del 12 de marzo de 2008.

**La Forma Migratoria de Visitante Local es un documento migratorio que facilita la internación a los estados fronterizos del sur de México de nacionales guatemaltecos y beliceños. En el estado de Chiapas se aplica desde mayo de 2000 según la circular 006-2000 y en Quintana Roo a partir de agosto de 2002 según la circular 003-2002. El 12 de marzo de 2008, se amplió la cobertura de la FMVL para guatemaltecos que residen en los departamentos de Quetzaltenango, San Marcos, Huehuetenango, Quiché, Petén, Retalhuleu y Alta Veraz, permitiendo su internación con este documento a los municipios mexicanos de los estados de Chiapas, Tabasco y Campeche que se encuentran dentro de una franja de 100 km. a partir de la frontera México-Guatemala

Cuadro I.
Flujo de guatemaltecos con autorización de entrar por el Estado de Chiapas a territorio mexicano con formas migratorias, 2008 – junio 2011.

Año	Forma Migratoria de Visitante Local	Forma Migratoria de Trabajador Fronterizo
2008	7,038	23,322
2009	123,322	30,655
2010	79,267	28,570
Junio 2011	24,387	15,489
Total	234,014	98,036

Fuente: Instituto Nacional de Migración, Estadísticas migratorias, boletín estadístico anual, documentación legal y estancia en México, cuadros estadísticos, varios números.

Características sociodemográficas de los grupos móviles y migrantes que forman la población meta del proyecto.

El proyecto ha trabajado con los siguientes grupos de población, focalizando en ellos a las mujeres y a las y los jóvenes, quienes tienen mayores riesgos de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no deseados, de violencia, violaciones sexuales y emergencias obstétricas que afectan su salud sexual y reproductiva.

Migrantes en situación irregular en tránsito hacia México y Estados Unidos

Este es el grupo más vulnerable y al que es más difícil de alcanzar debido al temor a ser detenido y deportado. Está compuesto en su mayoría por personas centroamericanas, especialmente salvadoreños y hondureños. Hay varias estimaciones de la cantidad de personas que cruzan el país con una situación migratoria irregular, mismas que pueden llegar hasta 300 mil al año.[2] Sin embargo, para el año 2010 el INM reporta 35,315 centroamericanos no guatemaltecos y 1,258 originarios de América del Sur alojados en estaciones migratorias. Suponiendo que todos hayan entrado por vía terrestre y sólo uno de cada tres logre llegar a la frontera norte, actualmente la cantidad de extranjeros en tránsito podría ser de 50 mil personas por año; 15% de este total serían mujeres, y 6%, menores de 18 años; uno de cada cuatro menores serían niñas.

Trabajadores temporales guatemaltecos en México

Este es un proceso migratorio circular que se realiza desde hace mucho tiempo. Dadas las dificultades para encontrar fuentes de empleo en su país, históricamente trabajadores guatemaltecos han migrado a fincas del Estado de Chiapas para trabajar en los cortes de café y de otros productos agrícolas,. Sin embargo, el proceso se realizó con un control migratorio muy limitado tanto por el lado de Guatemala como por el de México y, por lo tanto, con un alto nivel de riesgo para los trabajadores de ser detenidos, deportados o sometidos a abusos aprovechando su situación migratoria irregular.

La implementación de la forma migratoria de trabajador fronterizo en 2008 ha mejorado los registros y la estimación del flujo de trabajadores y ha abierto un espacio para mejorar el nivel de protección y de acceso a servicios que les brinda el gobierno mexicano. Desde la implementación de esta forma migratoria se han registrado alrededor de 100 mil guatemaltecos, casi en su totalidad para realizar actividades agropecuarias. En su mayoría provienen de los departamentos de San Marcos, Huehuetenango y Alta Verapaz, departamentos en donde más del 65% de la población está en situación de pobreza.[3] De los 27,368 trabajadores que se registraron en 2010, el 43% tenían entre 20 y 29 años de edad, y el 17% fueron mujeres, 4,762.[4]

Sin embargo, si bien hay un avance importante en el registro de trabajadores agropecuarios, todavía hay grupos importantes que no se registran, como los trabajadores de la construcción y las personas que cruzan la frontera esperando encontrar cualquier tipo de trabajo del lado mexicano.

Trabajadoras sexuales

El proyecto focalizó a trabajadoras sexuales de la zona como una manera de acercarse a mujeres migrantes, principalmente centroamericanas, que recurren al trabajo sexual como un medio para financiar su viaje hacia Estados Unidos, para comprar protección en el área y durante el trayecto,[*] y para adquirir el derecho de paso. Por ejemplo, en la Encuesta a Deportados realizada por el Proyecto Vida en 2011, el 12% de las 600 personas encuestadas tuvieron relaciones sexuales a cambio de comida, dinero, protección, etc.

En Tecún Umán hay 300 trabajadoras sexuales registradas en los servicios de salud pública, muchas de ellas extranjeras. Sin embargo, se estima que hay una cantidad importante que no asisten a controles sanitarios, en muchos

*Se considera que las mujeres en general, incluyendo a las trabajadoras sexuales, recurren al sexo como un recurso para evitar ser capturadas y deportadas por autoridades locales, para que hombres compañeros de viaje las protejan de otros migrantes masculinos, de las autoridades locales y de la delincuencia común u organizada en el trayecto.

casos porque son mujeres que al ser detenidas en México se identificaron como guatemaltecas para ser deportadas por la Aduana de El Carmen y así tener más facilidad para reintentar el viaje hacia Estados Unidos.

Deportados de México por vía terrestre

Durante 2009 y 2010, alrededor de 29 mil guatemaltecos fueron deportados de México por vía terrestre, cifra que demuestra una tendencia de estos eventos a disminuir, ya que en 2005 se registraron aproximadamente 99 mil eventos, y a mediados de 2007, 54 mil. Entre las posibles razones de esta reducción podrían estar el incremento del riesgo de muerte, secuestro y extorsión por parte del crimen organizado, el endurecimiento de las leyes migratorias en Estados Unidos y el aumento del número de personas que han gestionado alguna de las formas migratorias que facilitan la movilidad por el territorio mexicano.

El 78% de los eventos de deportación de guatemaltecos fueron repatriaciones voluntarias, de las cuales el 13% fueron de mujeres; 15% fueron expulsiones, y 7% correspondió a menores de edad. Este último porcentaje equivale a 889 menores, de los cuales 187 eran niñas, y el 86%, de ambos sexos, tenían entre 12 y 17 años. Generalmente, las personas guatemaltecas deportadas son devueltas por la Aduana de El Carmen, son registradas por la Dirección de Migración, y dejadas en el área con muy poco o ningún apoyo para volver a su lugar de residencia, para ponerse en contacto con sus familiares o para comer y alojarse. Algunas de las personas deportadas son centroamericanas no guatemaltecas que no quieren regresar a su país de origen y se agregan al grupo de guatemaltecos que se quedan en el área para volver a intentar el viaje a Estados Unidos; se refugian en la Casa del Migrante en Tecún Umán, y una vez pasados los tres días que pueden quedarse en este albergue tienen que conseguir dinero para sobrevivir.

Es en este contexto que los migrantes pueden llegar a recurrir al trabajo sexual o a involucrarse en actividades al margen de la ley, o bien, ser víctimas de explotación y trata de personas, entre otros riesgos.

En el caso de los menores de edad no acompañados, 604 en 2010, éstos son entregados en Quetzaltenango a la ONG Raíces, que tiene a su cargo su protección y la devolución a sus familiares. Son estos niños quienes están más expuestos a situaciones de explotación laboral y sexual.

Grupos de población con alta probabilidad de migrar hacia México y Estados Unidos.

Se centraron en estos grupos los esfuerzos impulsar actividades de prevención de riesgos relacionados con la salud reproductiva en grupos de población que forman parte de la migración laboral temporal hacia México, como los trabajadores en fincas de banano de la zona, que se mueven entre Guatemala y México en función de la demanda de mano de obra de las fincas. Entre estos grupos también están estudiantes, hombres y mujeres, que en períodos de vacaciones escolares van a trabajar a territorio mexicano.

Características sociodemográficas de los migrantes:

La encuesta realizada por el Proyecto Vida a 384 a migrantes y 600 deportados de México por vía terrestre muestra que la mayor proporción está constituida por personas jóvenes de entre 15 y 25 años; la mayoría de las trabajadoras sexuales migrantes pertenece a este grupo de edad. Entre los trabajadores agrícolas se incluyen personas de mayor edad, dado que seguramente comenzaron a desempeñar esta actividad desde muy jóvenes y continúan haciéndolo hasta edades avanzadas, porque el dinero que ganan con ella es parte imprescindible del ingreso familiar (ver Cuadro II).

Las personas entrevistadas reportaron también niveles educativos bajos, siendo los trabajadores temporales en quienes este indicador es más precario. Alrededor del 60% de los migrantes nunca fueron a la escuela o asistieron únicamente a la escuela primaria; muchos de ellos no lograron terminar este nivel. Como resultado de ello, los ingresos derivados de su trabajo también tienden a ser muy bajos. En este contexto, el trabajo sexual o las actividades al margen de la ley son alternativas en las que un porcentaje de migrantes se involucra, muchas veces de manera involuntaria, como en casos de explotación sexual y trata.

El alto porcentaje de población que informó estar en una situación migratoria irregular estaría influenciado por extranjeros que no han regularizado su situación en Guatemala y por guatemaltecos que no han obtenido alguna forma migratoria que les permita ingresar a territorio mexicano en forma documentada o porque cuando el objetivo final es llegar a Estados Unidos, la forma migratoria de visitante local cubre sólo una pequeña parte del viaje y no se considera importante hacer la gestión.

Cuadro II.
Características socio-demográficas de grupos migrantes, 2010.

	Total migrantes	Trabajadores temporales agropecuarios	Deportados por vía terrestre[1]	Mujeres trabajadoras del sexo.
Edad:				
15 – 25	58%	32%	47%	77%
26 – 35	29%	36%	45%	18%
36 y más	13%	32%	8%	5%
Nivel educativo:				
Ninguno				
Primaria	14%	44%	7%	15%
Básico y +	45%	51%	66%	58%
	41%	5%	27%	27%
Estatus migratorio irregular	68%	63%	100%	68%

1 Proyecto Vida, Datos no publicados de la encuesta a poblaciones móviles en la frontera Guatemala-México, 2011.
Fuente: Proyecto Vida, Análisis del estudio sobre derechos humanos, salud sexual y reproductiva; realizado a población móvil, Coatepeque, julio 2010

Necesidades de salud sexual y reproductiva de los grupos meta del proyecto

Salud sexual y reproductiva

El resultado de la encuesta realizada a migrantes por el Proyecto Vida muestra que, si bien uno de cada tres migrantes entrevistados se declaró soltero o soltera, el 99% ya había tenido relaciones sexuales al momento de la entrevista y el 96% ya había tenido hijos; en este contexto, la capacidad de los migrantes para ejercer el derecho al acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva integral es fundamental, principalmente en lo que se refiere a aspectos como embarazo en adolescentes, espaciamiento de embarazos y demanda insatisfecha de Planificación Familiar (PF), así como cuidados preventivos de enfermedades como cáncer (Cuadro III).

Cuadro III.
Características de emparejamiento, conocimientos sobre VIH y comportamiento sexual de los migrantes, 2010.

Estado conyugal e hijos	%
Soltero	34
Casado o unido	39
Separado o divorciado	27
Con hijos	96
Sin Hijos	4
Comportamiento sexual	
Han tenido relaciones sexuales	99
Uso de condón en la última relación	30
Ha recibido condones en las instituciones de salud públicas	65
Tipo de pareja sexual	
Estable	25
Casual	39
Una sola vez	36
Razones de no uso de condón	
Mejor sensación	30
No había	23
La pareja se niega	15
Confianza en pareja	2
No especificado	30
Conocimiento sobre ITS y VIH.	
Ha oido sobre VIH	77
Ha estado en charlas sobre VIH	62
No sabe cómo evitar contagio	61
Sabe que existe la prueba de VIH	47
Se ha hecho la prueba	38
Resultado positivo	3.4
Conoce otras ITS	40
Presenta síntomas de ITS (últimos 3 meses)	65
Se encontraba en la zona de entrevista	
cuando presentaron síntomas	74
Buscó atención médica	71

Fuente: Proyecto Vida, Análisis del estudio sobre derechos humanos, salud sexual y reproductiva; realizado a población móvil, Guatemala, Coatepeque, julio 2010.

Prevención del riesgo de Infecciones de transmisión sexual (ITSs) y de Virus de Inmunodefilciencia Humana (VIH).

Los migrantes informaron tener comportamientos sexuales de alto riesgo; el 39% informó tener parejas sexuales casuales, pero sólo el 30% reportó haber usado condón en la última relación sexual, a pesar que el 65% indicó haber recibido condones de las instituciones o en lugares públicos. Si bien la razón más importante para no usar condón fue la usual, "se siente mejor sin condón", vale la pena señalar que el 23% dijo que no había un condón disponible en ese momento, lo que muestra la necesidad de mecanismos de distribución que lleguen a los migrantes con mayor efectividad.

Es importante mencionar además que a pesar que el 77% de los entrevistados había oído sobre el VIH y el 62% había recibido charlas al respecto, el 61% indicó no saber cómo prevenir la infección y sólo el 30% usó condón en su última relación sexual. Esta situación muestra la necesidad de revisar contenidos y metodología de sensibilización y capacitación sobre el VIH para estimular más rápidamente cambios en el comportamiento sexual de esta población, orientados a reducir el riesgo de infección y su expansión.

Otro tema a abordar es la necesidad de promover acciones que permitan el acceso a la prueba rápida para detección del VIH como mecanismo de prevención. En el caso de los migrantes entrevistados, el 47% sabe que existe esta prueba, pero de estas personas sólo el 38% se la ha realizado. Si bien, de las personas que se hicieron la prueba solo una tuvo un resultado positivo, en el contexto de un proceso de migración es importante que las personas conozcan los riesgos para ellas mismas y para sus parejas sexuales para evitar ser un medio para la expansión de la infección y para tener el tratamiento y los cuidados en salud reproductiva requeridos en caso de tener un resultado positivo.

Resalta también el alto porcentaje de migrantes que reportó haber tenido algún síntoma de ITSs en los últimos tres meses (65%), principalmente flujo o secreción (36) y llagas, granos o lesiones.[18] Esto indica que la exposición a estas patologías se ve afectada por el comportamiento sexual y el no usar condón; tres de cada cuatro personas tuvieron síntomas estando en la zona donde fueron entrevistadas y la mayoría de ellas buscaron atención médica, 28% en servicios públicos de salud, donde las atendieron, les practicaron exámenes, etc.. Sin embargo, casi ninguna de ellas recibió los medicamentos y sólo la mitad informó haberlos comprado. Esta situación muestra, por un lado, el bajo porcentaje de migrantes que se acerca a los servicios de salud, y por el otro, la dificultad de proporcionar una atención adecuada, muy probablemente

debido a los recursos limitados con que cuentan. Urge impulsar el desarrollo de acciones que permitan un mejor conocimiento de los síntomas de las ITSs y de los servicios para solicitar atención, así como el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los mismos.

Violencia y violencia sexual en el proceso migratorio.

De las 600 personas deportadas entrevistadas, 17% reportó haber sido secuestrada, un porcentaje similar informó haber sido forzada a tener relaciones sexuales, 20% indicó haber sido víctima de manoseos sexuales en contra de su voluntad. En términos generales uno de cada cinco migrantes está expuesto a algún tipo de abuso o violación sexual, lo cual los expone a contraer una ITS incluyendo el VIH y, en el caso de las mujeres, a un embarazo no deseado.

Esta situación muestra la necesidad urgente de desarrollar acciones que permitan acercar a los migrantes servicios de salud reproductiva integrales que incluyan mecanismos de promoción para el ejercicio de los derechos; información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva; y la provisión de métodos de planificación familiar adecuados a su condición de migrantes. Asimismo, es importante que los servicios de salud tengan disponibles kits para el tratamiento adecuado de víctimas de violación sexual.

Implementación del proyecto

Situación previa a las estrategias del proyecto en el nivel local.

Los servicios de salud pública en la zona de frontera que cubre el proyecto han proporcionado servicios de salud reproductiva regulares, relacionados con la planificación familiar, control de embarazo, atención de partos y puerperio y control de ITS, especialmente entre las trabajadoras sexuales. Sin embargo, debido a la falta de sensibilización del personal, los migrantes no eran atendidos adecuadamente y no acudían a los servicios. Además, al ser esta zona parte del corredor migratorio y de población móvil, la incidencia de ITS ha sido históricamente alta* y, con excepción de la Ciudad de Guatemala, es allí donde se ubican los porcentajes más altos de personas VIH positivas. El Ministerio de Salud Pública también estableció en Coatepeque una clínica para atención integral a personas que viven con VIH y Sida con apoyo del Proyecto Vida, Médicos sin Fronteras y el Fondo Mundial de VIH, TB y Malaria, la cual se convirtió en un referente en el país para la atención de esta población.

*Los departamentos de Retalhuleu y Suchitepéquez concentran el porcentaje más alto de población VIH positivo. Sala Situación del Programa de VIH del Ministerio de Salud.

Sin embargo, la crisis económica que afecta al país ha reducido significativamente la capacidad de los servicios de salud pública en los últimos años, principalmente en lo que se refiere a la disponibilidad de medicamentos.

En 2008, cuando iniciaron las actividades del proyecto, las instituciones de salud pública y ONGs que trabajan en prevención y atención de VIH ya estaban organizadas en la Red Suroccidente, coordinada y promovida por el Proyecto Vida, una organización basada en la fe, relacionada con la Iglesia Católica, que trabaja en la prevención de VIH, detección de personas VIH positivas y apoyo para que tengan tratamiento adecuado.

En la Red Suroccidente participa Salud Pública, por medio de la Clínica 12 del Hospital de Coatepeque, las Áreas de Salud de Retalhuleu y San Marcos, el Centro de Salud de Tecún Umán y el Puesto de Salud de Pajapita. Como parte de organizaciones de la sociedad civil están el Proyecto Vida, Gente Unida, la Asociación Pro Bienestar de la Familia, APROFAM, la Asociación Los Diamantes, los cuales impulsan actividades de atención con o sin costo dependiendo de la situación económica de la persona, capacitación y prevención en diferentes espacios de la zona; participa también el Hospicio Santa Maria, que atiende a personas con enfermedades oportunistas, que no tienen dónde vivir o quién les proporcione los cuidados que se requieren. Además, en la Red participan la Pastoral de Salud de las Diócesis de Retalhuleu y Suchitepéquez.

Las instituciones miembros de la Red Suroccidente tienen un plan de trabajo conjunto, se reúnen periódicamente y se complementan de una manera funcional para proporcionar en conjunto una atención más amplia a las personas que solicitan el apoyo en la medida de los recursos con que cuentan, los cuales son generalmente bastante limitados. Es a través de este mecanismo que se impulsan acciones interfronterizas con los servicios de salud de Tapachula, especialmente acciones de referencia y contrarreferencia de personas.

En la zona de frontera existen también instituciones que brindan atención y protección a migrantes, abren espacios para acciones de prevención de ITSs y VIH y, si bien no son parte de la Red Suroccidente, sí son parte de los recursos de referencia, como la Casa del Migrante de Tecún Umán que proporciona alojamiento, comida y protección por tres días a migrantes, pero que en algunos casos facilita espacios para acciones de sensibilización y prevención de VIH entre las personas que aloja. De igual manera, la Cruz Roja de Tecún Umán proporciona servicios de transporte de enfermos, llamadas por teléfono a familiares, elaboración de prótesis, además de un programa de prevención de VIH.

En el nivel central.

En la Ciudad de Guatemala se concentran las instituciones relacionadas con el tema de migraciones. Dentro del Sector Público, en 2008 se creó el Consejo Nacional de Atención al Migrante con el mandato de coordinar las acciones de las instituciones públicas para brindar atención principalmente a los migrantes guatemaltecos en el exterior, pero también a los extranjeros en el país. Esta institución ha impulsado la aprobación de la política de atención integral al migrante, que se continúa discutiendo en varios espacios. En el tema de migración tienen competencia directa el Ministerio de Relaciones Exteriores (MINEX), el Ministerio de Gobernación, por medio de la Dirección de Migración, la Procuraduría de los Derechos Humanos, el Ministerio de Salud y la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia; todas ella tienen programas específicos para población migrante y campañas de información sobre derechos de los migrantes.

Entre las organizaciones de la sociedad civil más importantes se pueden señalar la Mesa Nacional para las Migraciones y la Pastoral de Movilidad Humana, como las que tienen acciones de atención más amplias; en el área de investigación, el Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y Desarrollo es un referente para el estudio del tema; dentro de las líneas de trabajo de los últimos años están la inclusión del tema en el Currículo Nacional Base del Ministerio de Educación, y la creación de material que puede ser usado por los maestros en clase.

Respuesta social (estrategias de respuesta a la SSR de los migrantes desarrolladas por el proyecto en la frontera)

Actores sociales y gubernamentales y/o agencias de cooperación participantes

Como parte de los actores sociales que participaron en este proceso están las instituciones miembros de la Red Suroccidente en la zona de la frontera, que a su vez, involucraron a otras instituciones de la zona en actividades a favor de los migrantes, como la Procuraduría de los Derechos Humanos.

La Pastoral de Movilidad Humana también se involucró en el proyecto con acciones de cabildeo a favor de los migrantes. Así mismo, INCEDES con apoyo del proyecto está capacitando a funcionarios y maestros del Ministerio de Educación para llevar el tema de migración a las aulas, como parte del Currículum Nacional Base que debe desarrollarse.

Dentro de las Instituciones gubernamentales se trabajó directamente con CONAMIGUA y el Ministerio de Relaciones Exteriores. Hubo esfuerzos por involucrar al Ministerio de Salud en el nivel central y a la Dirección General de Migración. Lamentablemente no fue posible coordinar esfuerzos con el Ministerio de Salud, aunque en el nivel local hubo un trabajo muy estrecho entre centros y puestos de salud de los municipios que cubre el proyecto.

Por lo que respecta a agencias de cooperación, se trabaja con SISCA en la elaboración del documento sobre mejores prácticas tomando como base la Red Suroccidente.

Estrategias desarrolladas

En la zona de la frontera

Tomando en cuenta que tanto en la zona de la frontera como en el nivel central había instituciones y espacios de coordinación que de manera indirecta o directa desarrollaban actividades relacionadas con el tema de migración, la estrategia del proyecto fue apoyar esas instancias para fortalecer y/o ampliar sus actividades a los temas del proyecto.

En la zona de la frontera, la Red Suroccidente se consideró un espacio ideal para la implementación del proyecto, ya que agrupa tanto a instituciones de gobierno como de la sociedad civil, lo cual fortalece y complementa el trabajo de estos dos espacios. Además, si bien la Red enfocaba su trabajo en la prevención del VIH y la atención de personas VIH positivas, este era un tema de salud sexual y reproductiva que el proyecto esperaba fortalecer. Por otra parte, los procesos migratorios y de movilidad poblacional se relacionan con un mayor riesgo de contraer y propagar la infección si las personas migrantes carecen de la información adecuada y si no se promueven comportamientos sexuales responsables.

La estrategia del proyecto consistió en fortalecer a las instituciones miembros de la Red para que incorporaran dentro de la programación regular acciones para visibilizar mejor la situación y los problemas de los migrantes de manera integral, no sólo en lo tocante a los riesgos relacionados al VIH, sino también como personas sujetos de derechos que las instituciones deben atender, respetar y promover, incluyendo el derecho a la salud sexual y reproductiva. La capacitación sobre salud sexual y reproductiva de personal de las instituciones miembros, el aumento en la disponibilidad de datos sobre la población migrante y la sensibilización a autoridades y funcionarios fueron las principales acciones de fortalecimiento institucional.

Se planteó también focalizar las acciones en las mujeres, ya que son quienes más requieren de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo atención para casos de embarazo, planificación familiar y violencia sexual, así como en las y los jóvenes, por ser el grupo poblacional donde se concentra la población que migra en situación irregular y quienes están más expuestos a ser víctimas de trata de personas y de relaciones sexuales forzadas que aumentan los riesgos para su salud.

En la Ciudad de Guatemala

En el nivel central, la estrategia se basó en apoyar a instancias gubernamentales que estuvieran impulsando el fortalecimiento del marco legal, de políticas públicas y de acciones de atención a favor de los migrantes. Entre las acciones que se priorizaron están la asistencia técnica al Consejo Nacional de Atención al Migrante CONAMIGUA para impulsar la elaboración de una propuesta de política pública de atención integral al Migrante, de sistematizar el mandato de las instituciones de gobierno relacionadas con la atención a los migrantes, brindar el apoyo al MINEX para mejorar el sistema de información consular para registrar a los migrantes atendidos, sistematizar la información orientada a los migrantes y de apoyar los procesos de formación de los recursos humanos del Ministerio en el tema de salud y migración por medios electrónicos.

La estrategia empleada con las organizaciones de la sociedad civil, que tienen un papel muy importante en la defensa de los derechos de los migrantes, fue apoyar actividades de cabildeo para promover la aprobación de una nueva ley de migración más en línea con la problemática actual y con las recomendaciones de los convenios internacionales que el país ha suscrito. También se aprovecharon la coyuntura electoral y las alianzas entre las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil; y se apoyó un mayor conocimiento y manejo de información sobre la migración por la población.

Resultados

En la zona de la frontera

Mejoró el conocimiento de funcionarios de la zona de frontera sobre la situación general y de salud sexual y reproductiva de los migrantes con base en los resultados de las encuestas y registros que lleva el Centro de Salud de Tecún Umán. El Proyecto Vida ha sido un aporte muy importante: ha permitido sensibilizar a las autoridades locales y mantener en la mesa de discusión los problemas que enfrentan los migrantes, incluyendo los guatemaltecos de-

portados de México por El Carmen, así como la violación de sus derechos, las limitaciones para acceder a servicios y la falta de recursos institucionales para su atención adecuada. El análisis de los datos en salas situacionales sobre migrantes en el Centro de Salud de Tecún Umán es un primer paso para que los servicios públicos de la zona mejoren su nivel de atención y la asignación de recursos en función de los migrantes.

Se incorporaron nuevas instituciones y se fortaleció la Red Suroccidente para trabajar el tema de migración con una visión más integral, basada en el derecho de los migrantes, incluyendo el derecho a servicios de salud sexual y reproductiva.

La relación con los servicios de salud de Tapachula ha tenido algunos avances, mayor contacto y más información; sin embargo es un tema donde todavía se puede avanzar mucho más, principalmente en la institucionalización y formalización de mecanismos de trabajo conjunto y sistemas de referencia de pacientes.

Los funcionarios de las instituciones miembros de la Red tienen más conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en el marco de los procesos migratorios, de los derechos de los migrantes y de la necesidad de buscar mecanismos que permitan mejorar su atención en los servicios de salud pública de la zona, sin estigmas y sin discriminación. El desafío es consolidar estos mecanismos de trabajo y conservar esta capacidad técnica creada en el cambio de gobierno en enero del próximo año.

Hay una mayor confianza de los migrantes, especialmente de las trabajadoras sexuales, en los servicios de salud pública: acuden con más regularidad, tienen una atención de mejor calidad, con más respeto, sabiendo que la función de los servicios es proporcionarles una atención adecuada, independientemente de su situación migratoria. Adicionalmente, hay más apertura en los lugares donde trabajan para que asistan a los servicios.

El tema de migración está incorporado en el diseño de las actividades de trabajo que impulsa el Proyecto Vida tanto con jóvenes de comunidades, como con los jóvenes de las iglesias, ya que se agregan al flujo de población móvil / migrante durante las vacaciones escolares.

El apoyo al proceso de involucramiento del sector privado en acciones de prevención de VIH es un cambio importante. Con la asistencia del Proyecto Vida se está apoyando el programa de sensibilización a trabajadores de fincas bananeras sobre el VIH y sobre la necesidad de tener relaciones sexuales protegidas y responsables, y se está promocionando que se realicen pruebas rápidas. Estas fincas, que contratan una cantidad grande de trabajadores temporales, han elaborado una política laboral que garantiza la no discriminación de personas seropositivas y el proyecto está apoyando la implementación.

En la Ciudad de Guatemala

En instituciones de gobierno, como el MINEX y el Ministerio de Educación, hay una mayor apertura hacia la necesidad de mejorar los servicios que se prestan a migrantes; de la necesidad de contar con una ley en materia migratoria más adecuada a las condiciones actuales y de políticas públicas que garanticen la prestación de servicios adecuados.

Creación de capacidades de los recursos humanos sobre el tema migratorio para poder asistir de mejor manera a los migrantes que solicitan servicios por medio de la red consular. En esta línea, el MINEX está desarrollando una plataforma de capacitación por internet para sus funcionarios, que también está abierta al público en general. En este contexto se está desarrollando un curso virtual sobre migración y salud, incluyendo salud reproductiva, que fortalecerá a los funcionarios sobre este tema, principalmente a la red consular del país. El MINEX está en negociaciones con universidades para que los cursos virtuales que se desarrollen con esta plataforma, sean tomados por estudiantes de carreras relacionadas como parte del pensum de estudios.

El MINEX contará con una guía de migración, en donde además de información útil a los migrantes sobre sus derechos y sobre los lugares de atención y apoyo, proporcione información sobre los servicios que brinda la red consular a guatemaltecos en el exterior y también los servicios disponibles para extranjeros en el país, así como los requisitos para solicitarlos. Esta guía será de utilidad tanto para las personas migrantes como para sus familiares y para instituciones vinculadas a la atención de migrantes.

Más datos estadísticos en el MINEX sobre las y los guatemaltecos en el extranjero que solicitan servicios por medio de la red consular y que permitirá contar con información más detallada sobre las características de los migrantes, según los servicios que solicitan o se les brindan.

El Ministerio de Educación, con el apoyo del Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y Desarrollo (INCEDES), están creando capacidad en supervisores de educación y en los maestros de escuelas públicas para tratar el tema migratorio en las aulas, como una medida de largo plazo para que las personas cuenten con mayores conocimientos y mejor información para tomar decisiones sobre la conveniencia de migrar. INCEDES desarrolló el material de capacitación; el proyecto está apoyando para que personal de las delegaciones departamentales del Ministerio puedan usarlas y apoyar a los maestros en la aplicación en las aulas.

La coordinación de instituciones de la sociedad civil como la Pastoral de Movilidad Humana e INCEDES con instituciones del gobierno como el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Educación se ha for-

talecido en aspectos como la atención de casos especiales de migrantes o sus familiares, la información que se distribuye a los migrantes y los servicios que puede proporcionar el gobierno.

Las acciones para definir una estrategia coordinada de cabildeo que impulsa la Pastoral de Movilidad Humana entre las instituciones de la sociedad civil para promover la aprobación de una nueva ley de migración en el marco del cambio de gobierno y de la reorganización del Congreso de la República.

En políticas públicas

El proyecto asistió a CONAMIGUA en impulsar la elaboración de una política de atención integral al migrante, que tuviera un enfoque de derechos y que respondiera a los principios de los acuerdos suscritos por el país en el tema. Esta política continúa siendo un tema de discusión en las instituciones de gobierno involucradas y se espera que si no se aprueba en el marco de este equipo de gobierno, los avances sirvan de base para iniciar las conversaciones con el equipo de gobierno que iniciará en enero del 2012.

Como parte de la política interna del Ministerio de Relaciones Exteriores el proyecto ha apoyado en fortalecer acciones de servicios consulares, apoyando en la capacitación de recursos humanos, mejorando la calidad de los registros de atención a migrantes, apoyando la sistematización de información sobre servicios que se prestan para facilitar la difusión de información de interés entre los migrantes.

Por medio de organizaciones de la sociedad civil, el proyecto está apoyando acciones de cabildeo ante el Congreso de la República para impulsar la aprobación de una nueva ley de migración. La Pastoral de Movilidad Humana está promoviendo entre ONGs que trabajan migración una propuesta conjunta para impulsar la aprobación de esta ley, manteniendo la comunicación con la Comisión de Migración del Congreso de la República, así como presentarla a los partidos políticos para que este tema se incorpore en los planes de trabajo. También se está preparando la estrategia para movilizar apoyos para la aprobación de la ley con los Diputados al Congreso en el próximo período de gobierno que inicia en 2012.

Conclusiones

Se prevé que la población en tránsito migratorio atendida por el proyecto en la frontera Guatemala – México continúe aumentando. Esto se debe, por un lado, a mayores facilidades migratorias para que guatemaltecos trabajen o visiten

los estados mexicanos fronterizos con Guatemala, y por otro lado, a que no se prevén cambios significativos en los próximos años en la situación de pobreza y falta de oportunidades en Guatemala y los países centroamericanos vecinos. Por lo tanto se espera que el flujo de personas en tránsito hacia México y Estados Unidos en situación migratoria irregular se mantenga alto, a pesar de los riesgos que implica el trayecto y de las políticas migratorias restrictivas.

Debido a que una alta proporción de migrantes son víctimas de violaciones sexuales, recurren al sexo transaccional para financiar el viaje o comprar protección y tienen comportamientos sexuales de alto riesgo, el fortalecimiento de los servicios de salud sexuales y reproductiva en la zona interfronteriza es de vital importancia para garantizar la atención adecuada a víctimas de violaciones sexuales, consejería y métodos de planificación familiar a los migrantes que acudan a los servicios, información y repartición de condones para prevención de ITSs y VIH, y tratamiento a personas con síntomas de ITSs o con resultado positivo de VIH.

La zona fronteriza cuenta con una red de servicios de salud pública que tiene programas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de VIH y la atención de personas VIH positivas. Sin embargo, los recursos con que cuenta son muy limitados y se han deteriorado en los últimos años debido a la crisis financiera del gobierno, reduciendo la capacidad de atención a la población en general, y por lo tanto, la atención a los migrantes, que tienen dificultad para recibir medicamentos o hacerse los exámenes de laboratorio que requieren. Si bien ONGs de la zona apoyan a los servicios públicos con algunos recursos adicionales, incluyendo los recursos proporcionados por el proyecto, éstos tampoco son suficientes para cubrir la demanda de servicios, que el gobierno debe asumir como parte del derecho de todas las personas, incluyendo los migrantes, a la salud.

Si bien hay avances importantes en la promoción de acciones de salud sexual y reproductiva, hay desafíos que requieren de procesos de largo plazo para avanzar hacia comportamientos sexuales más responsables. Entre otras cosas, se requiere contar con metodologías y mecanismos de sensibilización y capacitación en salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de ITSs y VIH, que consideren las características e intereses de la población meta para promover acciones preventivas que permitan modificar reducir comportamientos sexuales de alto riesgo. Asimismo, el mejoramiento de la capacidad de los servicios de salud pública para que proporcionen servicios integrales de salud a la población y a los migrantes es un reto que el país todavía debe enfrentar.

En este contexto, el cabildeo para promover la aprobación de una nueva ley de migración que se base en el respeto a los derechos de los migrantes, así como el establecimiento de la política de atención integral a los migrantes tanto guatemaltecos en el exterior como extranjeros en el país, son actividades que deben ser fortalecidas para que el país cuente con un respaldo legal y político que facilite la implementación de programas específicos de atención al migrante. Debe promoverse también la incorporación explicita de estos grupos en los programas regulares, incluyendo los programas de salud sexual y reproductiva.

Asimismo, fortalecer la coordinación de los servicios de salud de Guatemala y de México en la zona de frontera ayudará a mejorar la oferta de servicios a los migrantes, así como a proporcionar información con mensajes similares y que apoyen el proceso de manera integral.

Referencias

1. Instituto Nacional de Migración. Secretaría de Gobernación [Sitio de internet]. México: INM, 2010 [actualizado 2011 sep 22; consultado 2011 sep 2]. Estadísticas migratorias. Boletín estadístico 2010. Registro de entradas. Cuadro 1.2.1. Disponible en http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Registro_de_Entradas_2010
2. Maldonado E. Marco general y descripción de acciones del Estado de Guatemala en Materia Migratoria. Guatemala: Consejo Nacional de Atención al Migrante, (CONAMIGUA), 2010 [Consultado 2011 sep 29]. Disponible en http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/8142
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENVOVI). Guatemala, 2006.
4. Instituto Nacional de Migración. Secretaría de Gobernación [Sitio de internet]. México: INM, 2010 [actualizado 2011 sep 22; consultado 2011 sep 29]. Estadísticas migratorias. Series Históricas. Registro de entradas. Cuadros 2.8.2 y 2.8.3. Disponible en: http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Series_Historicas

MÉXICO

Migración y vulnerabilidad social en grupos móviles y migrantes: Estrategias de atención en la frontera sur de México

René Leyva Flores, Frida Quintino, Germán Guerra, César Infante, Mónica Cerón Díaz, Javier Domínguez

Introducción

En este capítulo se describen los procesos y los principales resultados alcanzados en la implementación del Proyecto "Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, incluida la prevención del VIH-SIDA y la violencia de género de poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes en la frontera sur de México" desarrollado durante 2009 a 2011, como parte de una estrategia regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con la participación del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP).

Se probó un Modelo de promoción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), incluyendo la identificación y atención de otras necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva (SSR) de las poblaciones migrantes en la frontera México-Guatemala, con énfasis en la prevención y atención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la prevención de la violencia de género, la promoción de la anticoncepción y la atención del embarazo. Este Modelo se focalizó en grupos poblacionales estratégicos en la región fronteriza que corresponden a migrantes en tránsito (MT), trabajadores/as agrícolas migrantes (TAM) y mujeres en situación de trabajo sexual (TS), quienes presentan condiciones de alta vulnerabilidad social directamente relacionadas con sus condiciones de salud y bienestar.

La estrategia de implementación del Modelo se basó en la articulación, fortalecimiento y desarrollo de capacidades de organizaciones sociales e instancias de gobierno para dar respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de estos grupos poblacionales. Cabe señalar que durante más de una década, el INSP ha venido colaborando con diferentes instituciones para contar con evidencias sobre las condiciones de salud y sus determinantes en los grupos móviles. La generación de información ha permitido el desarrollo de estrategias y políticas públicas que contribuyen a reducir la vulnerabilidad social de los migrantes.

El Proyecto ha contribuido a fortalecer y ampliar el campo de acción institucional en salud en la frontera sur de México, con logros no solamente

en el contexto local o regional, sino también en el contexto de la colaboración interinstitucional e intersectorial en materia de atención de las necesidades de salud de los migrantes en México.

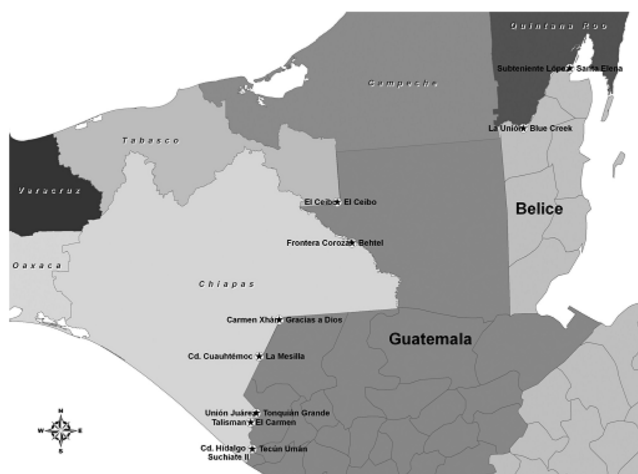
En las siguientes secciones se describe la situación de la salud sexual y reproductiva en grupos migrantes, así como los avances y retos en las áreas de acción institucional y social, en un contexto de alta movilidad poblacional, representado por la frontera México-Guatemala.

El contexto

La frontera México-Guatemala en el Soconusco, Chiapas

La región del Soconusco se ubica en el Estado de Chiapas, sureste de México, y sus localidades fronterizas colindan con el departamento guatemalteco de San Marcos. Hasta ahora, la mayoría de los migrantes provenientes de Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, entre otros países de la región y extra-continentales, transitan a través de la ruta denominada del Soconusco, que abarca una extensión de 74,415 kilómetros cuadrados.
La región está integrada por 16 municipios, de los cuales siete son fronterizos (Figura 1).

Figura 1.
Frontera sur de México: Principales puntos de cruce fronterizo



Fuente: Centro de Estudios Migratorios, Instituto Nacional de Migración, 2009.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Migración,[1] durante las últimas dos décadas, esta región ha representado el principal punto de tránsito de los flujos migratorios.

La economía de las comunidades fronterizas se basa en la oferta de servicios y el intercambio comercial entre poblaciones móviles y residentes, lo cual coexiste con una amplia zona de producción agrícola (café, banano, papaya, cacao, entre otros productos) y ganadera que la ha llevado a constituir el principal polo de desarrollo económico del estado de Chiapas.[2] De esta forma, la región presenta una doble configuración, por una parte su ubicación fronteriza como zona estratégica para el tránsito debido a la disponibilidad de medios de comunicación y transporte, y como zona productiva de atracción de trabajadores, principalmente vinculados a los espacios agrícolas. Esta característica ha llevado a la convergencia de interacción de diferentes grupos de población en una compleja dinámica que se ha visto modificada sustantivamente por efectos de desastres climatológicos como el Huracán Stan, en octubre del 2005,[3] que han destruido las vías de comunicación utilizadas por los migrantes (tren) pero también por cambios en las condiciones sociales en México, como es la situación de violencia que ha venido incrementado su prevalencia en la región.

De esta forma, a las poblaciones móviles (transportistas, comerciantes, trabajadoras sexuales, entre otros) y migrantes (en tránsito o agrícolas estacionales) se ha sumado una presencia notable de policías, militares, y otros agentes gubernamentales (que también forman parte de los grupos móviles) directamente relacionados con la implementación de medidas de seguridad en la frontera. Se puede considerar que en los últimos diez años se ha configurado un nuevo contexto social en la frontera que ha modificado de manera importante el perfil de riesgos y daños a la salud de los grupos móviles y migrantes así como también de la población residente.

En este marco, diferentes instituciones sociales y gubernamentales de salud pero también aquellas directamente relacionadas con el tema de migración, con presencia en la región, han tenido que desarrollar estrategias orientadas a la prevención y atención de la salud como parte de la respuesta al cambio en el contexto social de la frontera. El gobierno del Estado de Chiapas, desde el año 2008 ha definido el tema de atención al migrante[4] como parte de su acción política y social en la región.

En este marco y como parte de una estrategia de consolidación de un modelo de atención a la salud de los grupos móviles y migrantes se implementó el Proyecto sobre migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México apoyado por el UNFPA. Para su diseño e implementación se tomó en consideración la experiencia que durante más de una década han desarrollado las organizaciones sociales y de los servicios locales de salud en la atención del migrante en tránsito, especialmente focalizado a la atención integral del VIH.[5]

El aporte del Proyecto UNFPA permitió ampliar la estrategia no sólo a otros grupos poblacionales (trabajadoras sexuales y trabajadores/as agrícolas migrantes) que viven en condición de alta vulnerabilidad social, sino también incluir nuevas necesidades de los grupos móviles y migrantes (derechos sexuales y reproductivos) y contar con la participación de otros actores sociales y políticos hasta ahora no vinculados a las iniciativas de salud. La estrategia de implementación se basó en el desarrollo de diferentes formas de colaboración interinstitucional orientadas a reducir las barreras y facilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Características sociodemográficas de los grupos de población

Como parte del sistema de información del Proyecto se desarrolló la Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala a través de la cual se obtuvo información sobre aspectos relacionados con la SSR, violencia, discriminación, acceso a servicios de salud, conocimientos sobre VIH-SIDA e ITS, entre los temas más relevantes. El cuestionario se aplicó a una muestra no aleatoria de migrantes que incluía a los diferentes grupos objetivo del Proyecto en los espacios en donde de forma natural se les brinda atención. Así en el caso de los TAM la encuesta se aplicó en las instalaciones de la "Casa Roja" del Instituto Nacional de Migración, en donde se llevan a cabo los procedimientos administrativos para obtener sus documentos migratorios. Para los MT la encuesta se aplicó en la Casa del Migrante "Albergue Belén" en Tapachula Chiapas, en donde reciben atención humanitaria. Finalmente en el caso de las TS la encuesta se aplicó en los bares y cantinas localizados en las zonas de tolerancia de los municipios de la frontera.

En el cuadro I se presentan las principales características sociodemográficas de los grupos de población migrante. De acuerdo a su país de origen, en su mayoría procede de Guatemala, Honduras y El Salvador. La media de edad varía entre los 25 y 29 años. El 71% de los TAM no cuenta con ningún año de estudios, y son los que presentan la media de escolaridad más baja con cuatro años, tres años menos que la de las trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito. En todos los migrantes predomina la unión libre como forma de relación con su pareja. Además una tercera parte de los TAM pertenece a grupos étnicos mayas, y en su mayoría cuentan con documentos migratorios lo cual contrasta con TS y MT.

Cuadro I
Carácterísticas sociodemográficas de los trabajadores agrícolas migrantes, las trabajadoras sexuales y los migrantes en tránsito Frontera México - Guatemala 2009 - 2010

	Trabajadores agrícolas migrantes (TAM)		**Trabajadoras sexuales (TS)**		**Migrantes en tránsito (MT)**	
	Hombres (n= 565) (%)	Mujeres (n= 163) (%)	Mexicanas (n= 134) (%)	Extranjeras (n= 291) (%)	Hombres (n=793) (%)	Mujeres (n=105) (%)
Nacionalidad						
Guatemala	98.8	98.8	0.0	37.8	19.8	18.1
México	0.5	0.0	100.0	0.0	0.5	2.9
El Salvador	0.4	0.0	0.0	16.5	33.2	26.7
Honduras	0.0	0.6	0.0	38.5	39.1	50.5
Nicaragua	0.0	0.0	0.0	5.2	6.1	1.8
Otra[1]	0.4	0.6	0.0	0.7	0.4	0.0
Situación migratoria						
Con documentos[2]	98.6	97.5	N/A	22.7	2.1	5.7
Sin documentos	1.4	2.5	N/A	77.3	97.9	94.3
Edad						
Media	29.1	25.7	29.4	27.7	28.5	26.2
Rango	15-74	15-53	18-55	18-52	14-60	16-55
Hijos[3]						
Con hijos[4]	50.0	70.9	77.6	69.4	55.3	81.0
Media	3.0	2.1	2.7	2.2	2.1	2.2
Escolaridad						
Con escolaridad	28.1	29.9	78.4	75.9	94.1	97.1
Sin escolaridad	71.9	70.1	21.6	24.1	5.9	2.9
Media (años)	4.3	5.1	6.8	6.4	7.7	7.3
Estado civil						
Casado y unión libre	59.8	59.0	32.8	29.7	33.9	39.1
Soltero	36.3	28.0	39.6	54.4	58.8	45.7
Separado[5]	3.9	13.0	27.6	15.9	7.2	15.3
Habla algún idioma indígena						
Sí	36.8	14.7	0.0	1.0	3.2	1.9
No	63.2	85.3	100.0	99.0	96.8	98.1

1 Costa Rica, Panamá y otras
2 Pase local, nacionalizado, residente, permiso de trabajo, forma migratoria (FM2 o FM3)
3 Datos de mujeres encuestadas en la Casa Roja del INAMI para TAM
4 Datos de encuestados en la Casa Roja del INAMI para TAM
5 Separados, divorciados y viudos
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009-2010. Trabajadoras agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito.

Las diferencias sociodemográficas observadas expresan las condiciones de vida en sus lugares de origen y constituyen factores que pueden asociarse con su capacidad de movilización de recursos para responder a sus necesidades de salud.

La situación de salud sexual y reproductiva, VIH y violencia

Embarazo y anticoncepción

En el cuadro II se presenta la situación de embarazo y anticoncepción en los migrantes. Respecto al embarazo se observa una distribución diferencial en el grupo de mujeres migrantes: 11.6% de las mujeres trabajadoras agrícolas, 5% de las mujeres migrantes en tránsito y en menor porcentaje las trabajadoras sexuales, se encontraban embarazadas al momento del estudio. Asimismo, entre el 2 y 3% de los varones entrevistados reportaron que su pareja se encontraba embarazada al momento del estudio.

Cuadro II
Embarazo y anticoncepción en trabajadores agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito, Frontera México - Guatemala 2009-2010

	Trabajadores agrícolas migrantes (TAM)		**Trabajadoras sexuales (TS)**		**Migrantes en tránsito (MT)**	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Mexicanas (%)	Extranjeras (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Embarazo y aborto						
Embarazada o con pareja embarazada	2.3	11.6	1.5	2.4	3.2	5.8
Embarazos (media)		2.3	1.0	2.6		2.4
Abortos (media)		1.7	1.4	1.1		1.2
Anticoncepción[1,2]						
Uso de anticonceptivos	17.2	4.9	61.2	59.1	22.8	87.6
Método que utiliza:						
Pastillas e inyecciones	62.8	100.0	19.6	48.3	38.1	42.4
Condón masculino	7.2	0.0	100.0	82.0	26.0	76.1
Diu	1.0	0.0	18.3	6.4	2.8	4.3
Salpingoclasia	10.3	0.0	21.9	13.4	28.2	26.1
Otro[3]	18.6	0.0	2.4	1.2	8.2	0.0

1 Los informantes pudieron reportar el uso de más de un método anticonceptivo. n<30 para mujeres TAM
2 El uso de anticonceptivos femeninos en hombres (diu, pastillas, inyecciones, diafragma, ritmo, condón femenino y salpingoclasia) corresponden al que tienen con su pareja
3 Diafragma, retiro, ritmo, condón femenino y vasectomía
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009-2010. Trabajadoras agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito.

En cuanto al uso de anticonceptivos, éste varía entre grupos y al interior de los mismos. Las mujeres trabajadoras y las parejas de los hombres trabajadores agrícolas migrantes corresponden al grupo de población con menor utilización de métodos anticonceptivos (4.9% y 17.2% respectivamente) seguida por mujeres las trabajadoras sexuales (60%) y las mujeres migrantes en tránsito quienes en su mayoría (88%) estaban utilizando algún método durante su migración.

De acuerdo al tipo de método anticonceptivo, los más frecuentemente empleados correspondieron a los métodos hormonales (inyecciones y pastillas) para las mujeres y los condones son referidos por los hombres como método anticonceptivo. Llama la atención que las TS reportan el uso de condón masculino como método anticonceptivo (mexicanas en su totalidad y 82% de las extranjeras), seguido por los anticonceptivos hormonales y la salpingoclasia. En el caso de las mujeres en migrantes en tránsito 26% contaba con salpingoclasia y 76% usaban condón masculino, e inyecciones y pastillas, casi la mitad de ellas (42%).

Información sobre VIH e ITS, acceso a condones y pruebas de VIH

Entre los grupos poblacionales meta del Proyecto, el nivel de conocimiento sobre las formas de transmisión y de prevención sobre las ITS y VIH es similar a los de anticoncepción y embarazo. Los TAM tienen un menor nivel de conocimiento en comparación con los otros grupos (52.9% de los hombres y el 28.8% de las mujeres) (Cuadro III).

Cuadro III
Comportamiento sexual, información sobre prevención y acceso a pruebas de VIH en trabajadores agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito.
Frontera México - Guatemala
2009-2010

	Trabajadores agrícolas migrantes (TAM)		Trabajadoras sexuales (TS)		Migrantes en tránsito (MT)	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Mexicanas (%)	Extranjeras (%)	Hom-bres (%)	Mujeres (%)
Comportamiento sexual:						
Uso de condón en última relación sexual[1]	15.4	4.9	20.9	12.0	47.5	24.8
Motivos más frecuentes para no usar condón[2]						
Confianza en la pareja	70.4	63.7	54.8	78.2	65.6	75.0
Desconocimiento	14.5	19.8	0.0	0.0	1.9	1.9
Pareja se niega	1.2	2.2	9.7	9.0	1.2	5.8
Otra[3]	15.3	11.0	18.8	10.4	25.3	12.6
Prevención y VIH/ITS:						
¿Cómo se evita el SIDA?						
Uso de condón	97.7	100.0	97.8	93.8	94.4	95.1
Aprendizaje en pláticas						
No sabía nada antes	22.0	22.7	21.7	23.9	4.9	14.1
Es importante realizarse prueba VIH	76.8	72.2	41.3	43.5	28.1	48.9
Prueba de VIH						
Se ha realizado la prueba de VIH (antes de encuesta)	21.9	42.9	88.1	87.6	52.9	82.0
Prueba de VIH después de la encuesta	99.7	100.0	N/A	N/A	94.0	29.4
Positivo	1.2	1.2	N/A	N/A	0.9	0.0
Negativo	98.5	98.8	N/A	N/A	98.0	100.0
Inválido	0.0	0.0	N/A	N/A	0.6	0.0

1 Información con pareja regular para TS
2 El encuestado puedo haber contestado más de una razón
3 No sirven, mejor sensación, molestia, no había, buscaba embarazo y uso de otro método anticonceptivo
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009-2010. Trabajadoras agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito.

Respecto al uso del condón* en la última relación sexual, los tres grupos muestran bajas proporciones de uso. En este sentido, se aprecian las más bajas pro

*Para TS se preguntó uso con pareja sentimental (no cliente) a fin de posibilitar respuestas comparadas en los tres tipos de población

porciones de uso de condón entre los/as TAM (15.4% de hombres y 4.9% de mujeres) y un uso más frecuente del condón entre los hombres MT (47.5%). En las TS una de cada cinco mexicanas, y una de cada ocho extranjeras, lo usaron con su pareja sentimental.

Respecto a las razones de no haber utilizado el condón en la última relación sexual, la confianza en la pareja fue la razón más frecuentemente mencionada, aunque esta proporción fue menor en las trabajadoras sexuales. Otras razones fueron el desconocimiento del condón entre los TAM, 14.5% en los hombres y de 19.8% en las mujeres. En el caso de los TAM se observa una clara relación entre bajo uso de anticonceptivos e información preventiva sobre VIH y uso de condones.

Respecto al acceso a pruebas de VIH, también se observa el patrón descrito anteriormente. Los/as trabajadores agrícolas migrantes son los que presentan menor acceso a este servicio de prevención (hombres: 21%; mujeres: 42%). Esta diferencia también se observa entre el grupo de migrantes en tránsito (hombres: 52%; mujeres: 82%). Sin embargo, en el caso de las trabajadoras sexuales tanto mexicanas como extranjeras presentan alta frecuencia de acceso (88%). Las diferencias observadas entre hombres y mujeres en el acceso a pruebas de VIH expresan un enfoque de género de los programas de VIH en los lugares de origen, posiblemente vinculado a la prevención de la transmisión madre-hijo.

En caso de la población que se le ofertó la prueba rápida de VIH y que se le realizó durante el estudio, los resultados muestran una prevalencia semejante a los lugares de origen. Por ello, es importante considerar las condiciones de vulnerabilidad social y nuevos riesgos que enfrentan durante su proceso migratorio, ya que son éstos los que se definirán la incidencia de VIH e ITS entre los grupos móviles y migrantes. En el caso de las trabajadoras sexuales no se realizó prueba de VIH en debido a que periódicamente es aplicada por los servicios municipales de salud como parte del sistema de regulación sanitaria del trabajo sexual, el cual ha sido fuertemente cuestionado como procedimiento efectivo para control de ITS y VIH en un marco de respeto a los derechos humanos.

Violencia

En el cuadro IV se describe la situación de diferentes tipos de violencia entre los grupos encuestados. En términos generales, las TS y MT son quienes reportan las frecuencias más altas de cualquier tipo de violencia (psicológica, física y sexual). La violencia sexual, es particularmente grave por su alta frecuencia en las TS, especialmente en las extranjeras (34%) y en las mujeres migrantes en tránsito (28%); estas últimas explican este tipo de relacio-

nes sexuales como parte de un proceso de negociación de "protección o de intercambio" por bienes materiales. La violencia física (heridas, lesiones y fracturas) también se concentra en trabadoras sexuales (20%) y en migrantes en tránsito (16%), al igual que las amenazas de lesiones, menosprecio y humillaciones públicas.

Cuadro IV
Violencia psicológica, física y sexual a trabajadores agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito. Frontera México - Guatemala, 2009-2010

	Trabajadores agrícolas migrantes (TAM)		**Trabajadoras sexuales (TS)**		**Migrantes en tránsito (MT)**	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Mexicanas (%)	Extranjeras (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Violencia[1]						
Psicológica						
Menosprecio, humillaciones públicas	5.3	4.3	22.4	25.4	15.1	29.1
Amenazas de lesiones	5.5	3.7	23.9	18.6	27.3	20.4
Control de actividades, dinero y tiempo	6.4	4.3	3.7	3.8	7.7	11.7
Física						
Heridas, lesiones, fracturas	3.7	1.8	23.1	20.6	16.6	16.0
Sexual						
Manoseo, tocamiento	0.5	1.8	11.2	8.9	2.1	9.2
Sexo forzado	0.5	2.5	6.7	5.2	1.4	8.3
Sexo a cambio de bienes (dinero, protección, etc.)[2]	0.4	1.2	26.9	34.0	0.9	28.2

1 La preguntas variaron según grupo poblacional Para MT en tránsito se preguntó: En este viaje…¿le han amenazado, menospreciado, etc.? Para TAM y TS la pregunta fue: Durante su trayecto y estancia en México...
2 Intercambio monetario no aplica para TSM
Fuente: Leyva, Quintino, Infante. Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009-2010. Trabajadoras agrícolas migrantes, trabajadoras sexuales y migrantes en tránsito.

El bajo auto-reporte de violencia en el caso de los/as trabajadores agrícolas migrantes representa uno de los aspectos que recomendamos estudiar a través de procedimientos cualitativos, ya que la forma de abordar el tema a través de la encuesta posiblemente esté condicionando la respuesta. El grupo de TAM presenta una importante proporción de personas auto-identificadas con grupos étnicos, donde se reconoce la jerarquía del hombre y ejercicio del poder hacia la mujer; por esta razón el tema de violencia debe ser analizado

con mayor detalle para aproximarnos de mejor manera a establecer la magnitud y significados, sus consecuencias sociales y de salud así como las formas de respuesta social al mismo.

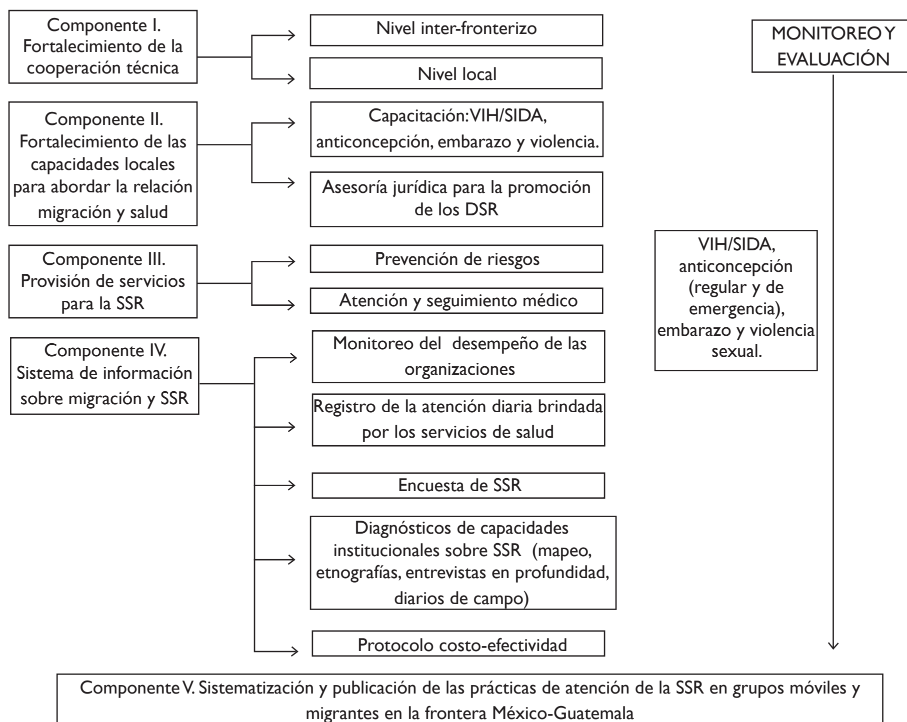
En la siguiente sección se describe el modelo de atención implementado y las estrategias desarrolladas en el mismo que, en su conjunto, constituyen la respuesta social a las situaciones expuestas e identificadas. El diseño e implementación del modelo se ajustó a las condiciones operativas de los servicios de salud y de las organizaciones sociales para dar una respuesta a la situación de salud anteriormente descrita.

Implementación del proyecto

Modelo de atención

El desarrollo del Proyecto estableció cinco componentes básicos para su implementación, los cuales fueron articulados con el fin de establecer áreas de acción y alcances concretos para cada uno de ellos (Figura 2). El primer componente relacionado con el fortalecimiento de la cooperación técnica estableció dos ámbitos de acción, uno de carácter local focalizado en el conjunto de instituciones sociales y gubernamentales relacionados con la atención de salud y migración en la frontera mexicana y otro de carácter inter-fronterizo que buscó establecer diferentes formas de colaboración con las instituciones pares en la frontera de Guatemala. El propósito de este componente fue establecer diferentes formas de colaboración y cooperación entre las instituciones en ambos lados de la frontera con el fin de identificar aspectos comunes donde convergieran intereses o problemas que requerían un abordaje binacional.

Figura 2
Componentes del proyecto para el modelo de atención a poblaciones móviles y migrantes



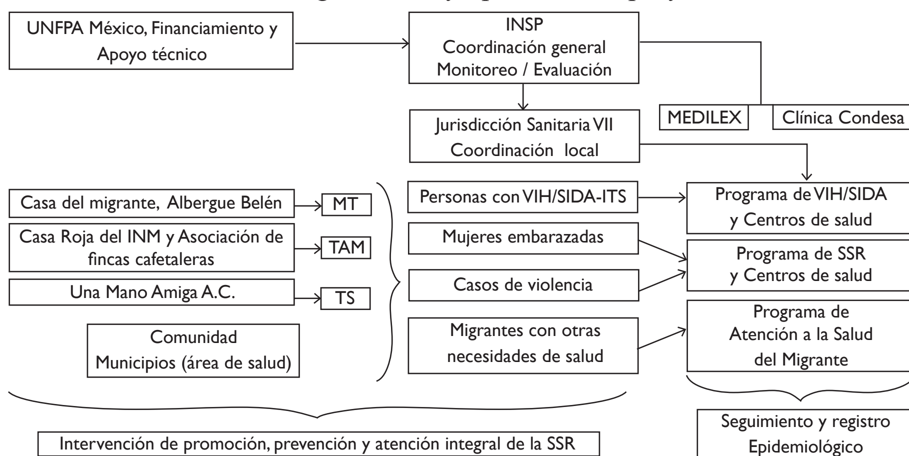
El segundo componente correspondió al fortalecimiento de las capacidades técnicas de las instituciones sociales y gubernamentales de México para el abordaje de la relación migración y salud, especialmente en el área de VIH, anticoncepción, embarazo y violencia, así como el desarrollo de asesoría jurídica para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

El tercer componente se focalizó en el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones públicas y sociales de salud para la prevención de riesgos y la atención médica en áreas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Los tres componentes anteriores contaron con un sistema de información diseñado para cubrir tres grandes áreas: una relacionada con el desempeño de las actividades del Proyecto, otra con la incorporación de la información sobre migración y salud en los registros regulares de las instituciones sociales y gubernamentales y un tercero correspondiente al monitoreo de la salud sexual y reproductiva de los grupos meta del Proyecto. Estas estrategias fueron complementadas con estudios para conocer las capacidades

institucionales, así como el propio contexto social en la frontera para lo cual se utilizaron diferentes procedimientos metodológicos. La información generada de la implementación de todos los componentes del Proyecto se propuso integrarla en el marco de un sistema general de monitoreo y evaluación para contar con una publicación que resumiera las prácticas de atención a la salud sexual y reproductiva de grupos móviles y migrantes en la frontera México–Guatemala, lo cual corresponde al quinto componente del Proyecto para el desarrollo del modelo de atención. Para ello se ha elaborado un libro donde contiene de forma detallada el desarrollo de cada uno de estos componentes.[6]

Para implementar el Proyecto se desarrolló un modelo organizativo y operativo que permitiera estructurar la respuesta a la salud de los grupos meta del Proyecto (Figura 3). En este esquema se presentan los diferentes actores sociales y gubernamentales que contribuyeron de forma directa en la implementación de programas y acciones específicas para cada uno de los grupos de población. El Instituto Nacional de Salud Pública tuvo la responsabilidad de coordinar, diseñar, monitorear y evaluar el desarrollo del Proyecto con el apoyo técnico de la oficina del UNFPA en México. También se buscó la colaboración de instituciones especializadas en áreas jurídico-legales y en atención clínica directa a la población en temas de salud sexual y reproductiva en VIH; para ello se contó con la participación de MEDILEX (Despacho de asistencia jurídico legal, especializado en salud sexual y reproductiva) y la Clínica de especialidades La Condesa de la Secretaría de Salud del gobierno de Ciudad de México que ha desarrollado y probado estrategias de atención a la violencia sexual y la prevención del VIH e ITS.

Figura 3
Modelo organizativo y operativo del proyecto



A nivel local, la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, de la Secretaría de Salud del gobierno del Estado de Chiapas, constituyó la institución que articuló a las diferentes organizaciones sociales y gubernamentales de México presentes en la frontera y se constituyó en el eje promotor de la institucionalización de acciones en el tema de migración y salud. Desde la Jurisdicción Sanitaria se contó con la participación de las Coordinaciones de los Programas de VIH e ITS, Atención a la salud de la mujer y Atención a la salud del migrante, que representan las áreas operativas para el diseño e implementación de las estrategias específicas en el primer y segundo nivel de atención a la salud.

La participación de las Coordinaciones de los programas de salud buscó contar con la colaboración de organizaciones de la sociedad civil y también gubernamentales que han venido desarrollando trabajo directo de atención a la salud y otras necesidades sociales de los diferentes grupos móviles y migrantes en la frontera.

La Casa del migrante (Albergue Belén) de Tapachula, Chiapas, cuenta con un historial de más de 20 años de atención humanitaria a los migrantes en tránsito por la frontera sur de México, su acción ha sido reconocida con el Premio Nacional de Derechos Humanos 2006, por su trabajo de promoción y defensoría de los derechos de los migrantes en México; además del reconocimiento por diversas instituciones nacionales e internacionales. Desde hace más de 10 años, el INSP ha establecido con la Casa del Migrante una colaboración para el desarrollo de un modelo de atención a la salud de los migrantes usuarios de la Casa, focalizado en la prevención de VIH y otras ITS en respuesta a situaciones de riesgo identificadas en diferentes estudios realizados desde 2001.[5] Con la implementación del Proyecto apoyado por el UNFPA, el campo de acción se amplió hacia la salud sexual y reproductiva y se incluyeron temas que ya se habían identificado como problemas prioritarios de la salud de los migrantes, entre ellos la atención oportuna a las consecuencias de la violencia sexual, de mujeres embarazadas y de necesidades de anticoncepción.

Otro actor clave que se vinculó en el Proyecto fue la Casa Roja del Instituto Nacional de Migración que corresponde a la principal oficina para documentar migrantes establecida en la frontera sur por el gobierno de México. En esta oficina se ha desarrollado una estrategia rápida para documentar a la población residente en la frontera de Guatemala que en diferentes periodos del año transitan hacia México para incorporarse a actividades productivas en la cosecha del café, caña, plátano entre otras. En la Casa Roja, con la colaboración de la Jurisdicción Sanitaria, y con apoyo temporal del Proyecto, se estableció un puesto de atención para embarazadas y situaciones de urgencia,

así como para la promoción de la salud sexual y reproductiva, oferta de pruebas de VIH y atención a otras necesidades de salud.

La organización social Una Mano Amiga en Lucha contra el SIDA, con una trayectoria de 10 años de actividades en la frontera y con una amplia red de colaboración comunitaria para la prevención del VIH fue otra de las organizaciones clave cuya acción se focalizó en la promoción de la salud sexual y reproductiva en las trabajadoras sexuales, 70% de las cuales provienen de otros países. Para el desarrollo de sus actividades contó con la colaboración del área de salud de los gobiernos municipales, así como de los propietarios de bares donde se ejerce el trabajo sexual.

Los actores de las instituciones sociales y gubernamentales anteriormente descritos desarrollaron de forma integrada un conjunto de estrategias para la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las poblaciones móviles y migrantes. La referencia de casos de migrantes que requieren la atención en áreas de mayor complejidad técnica estuvo facilitada por la amplia participación de la Jurisdicción Sanitaria VII, rector de las instituciones públicas de salud que además funcionó como puente entre las organizaciones sociales y las diferentes instituciones gubernamentales. En la actualidad, la Jurisdicción Sanitaria VII cuenta con un sistema de seguimiento epidemiológico y de atención a la salud de los migrantes.

En estas condiciones de apoyo institucional, gubernamental y de la sociedad civil se desarrolló el modelo de atención integrado en salud sexual y reproductiva para poblaciones móviles y migrantes.

Resultados del proyecto

Fortalecimiento de la cooperación técnica a nivel local e inter-fronterizo

El Proyecto facilitó la colaboración entre distintas organizaciones sociales y gubernamentales en el campo de la salud focalizado en grupos móviles y migrantes tanto a nivel local (frontera de México) como interfronterizo con la participación de organizaciones de Guatemala. Para ello se generaron espacios de análisis de las diferentes perspectivas de las instituciones presentes en la frontera con el fin de desarrollar acciones conjuntas que buscaran contar con resultados en el corto plazo y que pudieran preservarse como parte de los lineamientos o programas de acción de los participantes.

En principio se buscó que los participantes conocieran el Proyecto, pero sobre todo se buscó colocar en un primer plano las prioridades definidas por las instituciones y organizaciones presentes en la frontera, en términos de acciones o problemas que atienden de forma cotidiana y que podrían recibir alguna aportación técnica del Proyecto para facilitar su abordaje en colaboración con otras organizaciones. Sobre este principio de funcionamiento en red,

se convocaron y realizaron reuniones con el apoyo financiero del Proyecto. En estas actividades se presentaron datos actualizados de la situación de salud de los migrantes así como la respuesta de las diferentes instituciones participantes, de forma tal que hubiese un clima de reconocimiento interinstitucional del quehacer y de los alcances de las estrategias.

De esta manera se fue configurando una red funcional sobre migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México.[7] Este procedimiento no corresponde a un simple directorio de instituciones sino a una forma de cooperación y colaboración inter-institucional basada en el reconocimiento de las diferencias entre las organizaciones que enfrentan situaciones o problemas semejantes desde distinta perspectiva. Esto genera los espacios de complementariedad los cuales se van reconociendo como parte de los procesos de acción social o política para la atención de las diferentes necesidades de los migrantes, las de salud, entre ellas. Al mismo tiempo, se reconoce a "los migrantes" como un grupo heterogéneo, con importantes diferencias al interior, donde las propias instituciones encuentran y a la vez establecen sus límites de acción. Para las organizaciones de la red hay: trabajadoras sexuales, trabajadores/as agrícolas, personas de paso o en tránsito, traileros, camareros, comerciantes, trabajadoras domésticas, etc., a quienes no siempre identifican bajo el concepto de migrantes. Esta manera de identificar funcionalmente a los grupos poblacionales permitió que las instituciones participantes los identificaran como grupos meta "propios" de su acción social.

De esta forma, para los trabajadores/as agrícolas migrantes se identificaron instituciones relevantes que podrían incidir en el desarrollo de políticas para facilitar el acceso a los servicios de salud de este grupo de población en particular. Esto condujo al establecimiento de un convenio de colaboración entre el sector productivo cafetalero y los servicios gubernamentales de salud, con lo cual se fortalecieron las actividades preventivas y de promoción de la SSR enfocadas a este grupo en particular. A su vez, esto permitió el diagnóstico de salud de los trabajadores en fincas y ha se ha iniciado el desarrollo del sistema de información para la atención de la salud de los migrantes.

Para las trabajadoras sexuales, se contó con la colaboración de14 distintas organizaciones que constituyeron el Grupo de Trabajo Multisectorial para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas migrantes en situación de trabajo sexual. Este Grupo ha promovido un Proyecto de reforma al marco jurídico que regula el trabajo sexual en la frontera, tanto de mexicanas como de extranjeras, y que tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva. El Proyecto de reforma se basa la exigibilidad del derecho a la salud en un marco de equidad de género. Asimismo, el grupo ha definido un modelo para la prevención y atención integral de la violencia

sexual en el contexto de frontera cuya implementación está a cargo del propio Grupo Técnico conformado por organizaciones de salud, de asistencia social y de procuración de justicia.[8]

Por su parte, la red interfronteriza México-Guatemala ha fijado una agenda de colaboración institucional que ha permitido el intercambio de experiencias para la implementación del Proyecto basado en su protocolo y ajustado a las necesidades de Guatemala. En este contexto se han definido las áreas de acción conjunta para la ejecución del Proyecto así como las estrategias para la promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos de VIH y el intercambio de instrumentos que conforman el sistema de información sobre SSR y migración. Paralelamente la red ha trabajado en la armonización de aspectos conceptuales y metodológicos para la generación del sistema de información y seguimiento del Proyecto en Guatemala y México y en la colaboración para la promoción de los derechos humanos de los migrantes.

El principal reto tiene que ver con los escenarios sociales, políticos y con la propia dinámica migratoria cambiante en la frontera, para lo cual se requiere contar con una análisis situacional permanente que permita un ajuste rápido de las instituciones, y al mismo tiempo le dé sostenibilidad a las intervenciones. La red está presente, sin embargo su funcionalidad tiene que ir cambiando y ajustándose con el tiempo; la contribución de este Proyecto ha sido en iniciar y sistematizar los procesos que requieren un abordaje de mediano plazo.

Fortalecimiento de capacidades técnicas para abordar la relación migración y salud

El fortalecimiento técnico ha sido una de las apuestas permanentes en los proyectos en general; esto encuentra su justificación en el reconocimiento de cierto déficit tecnológico y en especial de conocimientos de los proveedores directos de los servicios pero también de los tomadores de decisiones.

Por el contrario, en este Proyecto se buscó identificar las fortalezas con las cuales se podía implementar y al mismo tiempo identificar las áreas administrativas que podrían contribuir al manejo y reducción de obstáculos para el acceso y utilización de los servicios de salud por parte de los distintos grupos de población.

De esta forma, las capacitaciones buscaron "refrescar" el conocimiento técnico, pero sobre todo recuperar la experiencia en la resolución de problemas vinculados con el acceso a los servicios por la población. Los temas técnicos se constituyeron en motivos para analizar la multiculturalidad como un asunto determinante en el acceso y uso de los servicios de salud pero también

de la calidad del sistema de atención; los asuntos jurídico-legales y sus implicaciones en la atención de casos de violencia sexual y anticoncepción regular y de emergencia en menores de edad; el acceso a tratamientos de alto costo como son los antirretrovirales, entre otros.

Estos elementos, en su conjunto son los que resultaron atractivos y de novedad, pero sobre todo que estaban directamente relacionados con su práctica de atención diaria a la población residente y migrante en las comunidades fronterizas. Quizá ésta resultará en una forma efectiva para reducir el rechazo y mejorar la calidad de la atención en las instituciones de salud, lo cual tendrá efectos no sólo para la población migrante sino también para los residentes en estas comunidades.

Sin duda alguna, el ajuste de los protocolos de atención para la zona fronteriza deben revisarse y ajustarse para facilitar a los proveedores de salud poner en práctica sus conocimientos técnicos en favor de las personas residentes y migrantes.[7] Sin embargo, esta tarea podría realizarse mejor si se toman como referencia las buenas prácticas de atención y de organización de los servicios de salud que han sido documentadas en el Proyecto.

Provisión de servicios de Salud Sexual y Reproductiva

La adecuada provisión de servicios de SSR para las poblaciones móviles fue resultado de la planificación y estrategia de múltiples actividades llevadas a cabo en los distintos componentes del Proyecto. Desde la obtención de datos sobre características y necesidades de SSR de las poblaciones migrantes hasta las actividades de capacitación en organizaciones de servicios de salud, estas acciones han contribuido a la mejora progresiva del modelo y su implementación.

Uno de los ejemplos de las buenas prácticas organizativas y de atención se encuentra en el tema de atención del embarazo y prevención y atención del VIH, las cuales se describen a continuación.

Al inicio del Proyecto, 2009, se identificó como problema el acceso a la atención prenatal de mujeres migrantes. Ante ello, la Coordinación de salud de la salud de la mujer de la Jurisdicción Sanitaria seleccionó dos comunidades fronterizas para llevar a cabo un estudio diagnóstico sobre muertes maternas aplicando el método de autopsias verbales. Los resultados de este estudio mostraron tres casos de muertes maternas ocurridas en la comunidad y que correspondieron a mujeres migrantes. La información fue presentada en una reunión técnica a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los centros de salud, resaltando el hecho de los importantes obstáculos de accesibilidad relacionada con el estatus migratorio (indocumentado) de las mujeres. A partir de este estudio se desarrollaron estrategias para conocer la situación

de las mujeres embarazadas en todas las comunidades fronterizas con la participación de parteras y del personal de salud; el resultado fue un censo de embarazadas que permitió brindar el seguimiento a todas las mujeres y referir la atención del parto al Hospital de Tapachula. El efecto de esta intervención fue inmediato en la reducción de la mortalidad materna, no sólo para las mujeres migrantes sino para las mexicanas residentes en estas comunidades. A partir de ello, el sistema de información de atención prenatal permite identificar si la mujer embarazada es mexicana o migrante, con el fin de que todas las vías administrativas faciliten su atención oportuna en los 110 centros de salud ubicados en la zona fronteriza. De esta manera, se tiene documentada la atención de 86 mujeres migrantes embarazadas en los servicios de salud.

Este procedimiento se ha replicado en las fincas de café, que se encuentran distantes a los centros de salud; en todas ellas se cuenta con un censo de embarazadas y se tienen estructurados los procedimientos de referencia para que sea atendido el parto a nivel hospitalario, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.

El ámbito de prevención de VIH e ITS es un aspecto que se ha venido consolidando en su atención durante los últimos cinco años. Desde el 2007 las actividades promovidas con diferentes iniciativas de colaboración con la Casa del Migrante y la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, se logró que el gobierno mexicano emitiera un Memorándum distribuido en todos los Estados del país donde se garantizaba el derecho al acceso a medicamentos antiretrovirales, así como a medios de prevención y pruebas diagnósticas de VIH para cualquier persona en México, independientemente de su estatus migratorio.[9] El Proyecto contribuyó a establecer condiciones que permitieran evaluar los resultados de las iniciativas previas de cooperación entre la Casa del Migrante, la Casa Roja del Instituto Nacional de Migración y la Unión de Productores de Café del Soconusco. Asimismo, se han buscado procedimientos que permitan facilitar el acceso a las pruebas de VIH a las trabajadoras sexuales a través de una colaboración con los gobiernos municipales. Esto último es parte del proceso de reforma al Reglamento de sanidad municipal que dio inicio como parte de las actividades del Proyecto.

La efectividad del funcionamiento de la red de VIH se muestra por el número y tipo de actividades realizadas para facilitar el acceso a servicios preventivos. De esta forma se encuentran documentadas 1,894 actividades grupales con las poblaciones móviles en los temas de: VIH-SIDA, cuidado y atención oportuna del embarazo, anticoncepción y violencia basada en género con una cobertura de 17,818 personas.

Respecto a la promoción de la prueba de VIH, ésta realizó como parte de las actividades grupales y fue realizada a todas las personas que lo solici-

taron de forma voluntaria. Del total de pruebas realizadas (1,502), se identificaron ocho personas migrantes con resultados reactivos, para una prevalencia de 0.5%. Además, los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria en sus diferentes unidades, confirmaron la atención de 25 personas migrantes desde 2009, de los cuales se les brindó atención y acompañamiento a 14 de ellos.

La atención de casos de violencia sexual en los servicios de salud es muy limitada, ya que hasta en la actualidad este problema se reconoce principalmente como un asunto jurídico-legal; son escasas las personas que acuden directamente a los servicios de salud a solicitar la atención. No obstante, los servicios se encuentran debidamente capacitados y con insumos sanitarios para brindar la atención correspondiente. A la fecha solo dos mujeres migrantes procedentes de Honduras acudieron a un Centro de Salud para solicitar la atención por este problema. La Coordinación de atención a la salud de la mujer iniciará actividades de colaboración con la Procuraduría de atención a los migrantes, instancia gubernamental especializada en la atención judicial de delitos contra estos grupos de población. Este es un eje que necesita fortalecerse para incrementar la capacidad de respuesta institucional al problema.

Respecto al tema de acceso a la anticoncepción las actividades del Proyecto se focalizaron en promover el uso apropiado de métodos anticonceptivos y distribución de los mismos. En la Casa Roja se registró la atención de 2,046 hombres y mujeres trabajadores agrícolas migrantes.[10]

El Proyecto ha brindado apoyo técnico para el ajuste de los formatos de registro (Cartilla del Migrante) que permiten monitorear el acceso y uso de los servicios gubernamentales de salud por parte de los grupos móviles. Asimismo se ha apoyado técnicamente para la captura de datos y diseño de instrumentos para bases de datos útiles a la planeación de servicios de salud prestados en fincas cafetaleras de la región y en los servicios municipales de salud responsables de la atención de trabajadoras sexuales.

Conclusiones y perspectivas

El desarrollo del modelo de atención a la salud de los migrantes en la frontera sur de México se ha estructurado en función de la capacidad técnica de las instituciones y organizaciones sociales y gubernamentales presentes en la frontera. Su funcionamiento se basa en acuerdos de colaboración en su mayoría de carácter informal que se han ido institucionalizando de forma progresiva, sin perder la orientación de la meta de los servicios para las poblaciones.

El proceso desarrollado del modelo de atención ha sido de carácter inductivo, se parte de situaciones específicas que son documentadas y que representan situaciones de riesgos y daños a la salud que afectan a los grupos de

población como colectividad. A partir de ello, se diseñan y prueban estrategias que aborden no sólo el tema del acceso a los servicios sino también algunos determinantes de carácter social, político o jurídico-legal relacionado con la salud de la población. Para ello, se identifica a los actores clave con capacidad para movilizar recursos institucionales y sociales para responder al problema. No se trata de crear nuevas instituciones u organizaciones sino de optimizar el funcionamiento de las existentes a través del establecimiento de redes de colaboración funcional. El monitoreo del cumplimiento de los compromisos adquiere un carácter multilateral, donde el Proyecto contribuye a generar la información estratégica para la toma de decisiones locales que pueden influir en otros ámbitos, especialmente el estatal o el nacional.

En este sentido, las aportaciones relacionadas con el fortalecimiento de las capacidades locales adopta más un carácter instrumental, resolutivo y no sólo una recomendación del cómo hacer. La generación de nuevos datos tiene una función de complementariedad que permite contextualizar la provisión de los servicios de salud por las distintas organizaciones en un marco más general relacionada con la dinámica migratoria en la frontera. De esta forma, las encuestas para el monitoreo de la situación de salud sexual y reproductiva, los estudios etnográficos, los mapeos políticos, así como los diversos procedimientos empleados desempeñan una doble función: por una parte contribuyen en la generación de información que será analizada y difundida públicamente (función de observatorio) como referente crítico de la situación de migración y salud, y por otra como acción directa presencial en la comunidad de vinculación y certificación por instituciones académicas externas a los procesos de funcionamiento de las organizaciones sociales.

Es posible afirmar que, aunque no exento de problemas, la consolidación del sistema de información ha tenido avances significativos que han contribuido de forma directa en la formulación y evaluación de los resultados de las estrategias implementadas por el Proyecto y que han sido base para la consolidación del modelo de atención a la salud del migrante.

Además, las distintas actividades de fortalecimiento de capacidades de las organizaciones gubernamentales de servicios de salud, junto con la gestión de apoyos a organizaciones de la sociedad civil y los acuerdos con distintos actores a nivel comunitario, han significado una sinergia muy valiosa para visibilizar este espacio fronterizo como un área de interés para diversas instituciones de cooperación internacional. La replicación de este modelo en la ruta de tránsito del migrante por México hacia Estados Unidos ha representado una posibilidad concreta de institucionalización de los procedimientos organizacionales para el desarrollo apropiado de modelos de atención que respondan a las necesidades de salud de los migrantes.

Referencias

1. Instituto Nacional de Migración. Síntesis Gráfica México 2010 [monografía en internet]. México: INAMI, 2010. [Consultado 2011 septiembre]. Disponible en: http://www.inm.gob.mx/index.php/page/Sintesis_Grafica
2. Álvarez-del Toro, et al. La perla del Soconusco. 1ª edición. Distrito Federal: Gobierno del Estado de Chiapas, 1996.
3. Instituto Nacional de Sismología vulcanología, meteorología e Hidrología. Informe Stan [monografía en internet]. Guatemala: INSIVUMEH, 2005. [Consultado 2011 septiembre]. Disponible en: http://www.insivumeh.gob.gt/folletos/Infome_Stan.pdf
4. Instituto de Comunicación Social del Estado de Chiapas. Discurso del Segundo Informe de Actividades del gobernador Juan Sabines Guerrero [monografía en internet]. México: Gobierno de Chiapas, 2008. [Consultado 2011 septiembre]. Disponible en: http://www.cocoso.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20081202050200
5. Bronfman M., Leyva R., Negroni M., edit. Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
6. Leyva R, Quintino F. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. INSP: Cuernavaca. En prensa
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe anual de proyecto: Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. Cuernavaca:INSP, 2009.
8. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe estándar de avances 2010 de proyecto: Migración y Salud en la frontera México-Guatemala. Eje. Cuernavaca:INSP, 2010
9. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Memorándum a los programas estatales de salud para el acceso de servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento de VIH DG/DIO/102/1-07. Distrito Federal: CENSIDA, 2007.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe técnico final: Promoción de los derechos de jóvenes y mujeres migrantes en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala: prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. Cuernavaca:INSP, 2009.

HAITÍ

Respuesta comunitaria a la violencia sexual en contextos de desastre: Frontera Haiti-Dominicana

Francisca Stuardo
Colette Lespinasse

Introducción

El presente capítulo aborda, desde una perspectiva de salud, los efectos de la violencia de género en la población de Haití, en especial en la frontera con la República Dominicana, así como la respuesta del Grupo de Apoyo para Repatriados y Refugiados (GARR) que –conjuntamente con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y otras instituciones– ha reconocido el problema, como una preocupación prioritaria de los haitianos, y lo ha enfrentado mediante diversas actividades a partir de 2006. Si bien han habido importantes avances y se ha concientizado a los ciudadanos sobre el problema, la coordinación estatal no tiene todavía la capacidad de responder a las demandas, sobre todo de violencia sexual. Tampoco hay una coordinación que recoja los datos estadísticos necesarios para evaluar la eficacia, las debilidades y la perspectiva reales de las políticas aplicadas por las organizaciones.

Contexto

Antecedentes

El sistema político de Haití ha sido, desde sus inicios, permeable en la protección de los derechos de sus ciudadanos, especialmente de las mujeres, quienes han debido ganar paulatinamente espacios en la esfera pública, a fin de contrapesar la pobreza, que alcanza a cerca de 80% de la población, y un desempleo estimado en 40% de los habitantes.[*,1] La lucha caracteriza los procesos históricos de esta nación del Caribe, desde la colonización por Francia y el subsiguiente embargo tras su independencia; su inestabilidad política, que incluye 29 años bajo dos dictaduras, repetidos golpes de estado en los últimos 20 años[**] y la ocupación, desde 2004, por fuerzas militares internacionales. Haití figura hoy entre los estados de mayor inseguridad en Latinoamérica: de acuerdo con el Global Peace Index, ocupa en 2011 el puesto 113 entre 153

*Los índices se refieren a que 80% de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza (actualizado en 2003). El desempleo se estima en 40,6%, pero corresponde sólo a trabajos formales.
**Francois Duvalier (1951-1977) y su hijo Jean Claude (1971-1986). Durante estos años, los partidos políticos funcionaron de manera ilegal, hubo persecuciones y asesinatos en serie a los opositores al régimen. En 1990 asumió por primera vez el poder el sacerdote Jean Bertrand Aristide. No pudo terminar su gobierno. La misma figura se presentó en 2001.

países,[2] lo que contrasta con la declaración de las autoridades acerca de que la misión estabilizadora de la ONU ha sido exitosa. De acuerdo con la última clasificación de la revista Foreign Policy, Haití es el quinto estado fallido del mundo, y el primero del hemisferio occidental.[3]

En esta lucha, las mujeres han sufrido una violencia en aumento, que tiene a la violación como el punto más explícito. La mujer está sometida a una violencia física, psicológica, económica y política, entre otras. Los problemas de salud física y mental que de ello se derivan se extienden a través de las generaciones. "Los delitos sexuales aumentan el riesgo de estrés postraumático, ansiedad, depresión, intentos de suicidios y su consumación, depresión y cuadros de angustia. Diversos estudios han detectado consecuencias en la salud física y reproductiva de quienes han sufrido un abuso sexual en la infancia o la adultez; estas incluyen daño, dolor crónico, problemas gastrointestinales y ginecológicos, enfermedades de transmisión sexual, trabajo sexual, dificultad para exigir el uso de condón, miedo de hablar de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, bajo control de la propia sexualidad y embarazos no deseados".[4]

Las organizaciones que hacen frente a la situación deben lidiar con el temor de las víctimas a levantar una denuncia, lo que no suele hacerse a tiempo ni formalmente porque persisten estigmas sociales respecto a la presunción de que la víctima provoca a su atacante. Quienes optan, no obstante, por la denuncia, enfrentan graves dificultades en el aparato estatal. Por ejemplo, los centros asistenciales no siempre cuentan con personal médico que revise a la víctima, ni los servicios de salud con los recursos necesarios para atender a la mujer durante las primeras 72 horas tras de ocurrida la violación, como pastillas contraceptivas o medicamentos para iniciar su rehabilitación. De modo que el diagnóstico, indispensable para iniciar el proceso judicial no se obtiene debido a la inexistencia de atención. Cuando la víctima logra levantar la denuncia, debe pasar por un proceso lento y engorroso que casi nunca alcanza su fin. Si un juez llega a tomar el caso, la policía puede no hacer las pesquisas. Aun si llegara a la corte, el caso puede no resolverse. Si se logra un veredicto condenatorio, el acusado puede apelar a atenuantes, pagar una fianza y quedar finalmente en libertad; el daño moral no se repara y la víctima debe vivir con la amenaza de sufrir represalias.

Consecuencias del terremoto de 2010 en la inseguridad

El terremoto de enero de 2010, que dejó cerca de 300 mil muertos y un millón y medio de personas afectadas, además de la diseminación del cólera, agravó

el peligro para la población. Informes posteriores concuerdan en que la catástrofe contribuyó a pronunciar los problemas de inseguridad de la sociedad haitiana, por lo que las medidas de seguridad pública, con la asistencia de organizaciones militares y civiles, han debido reforzarse. "Estamos en una situación de constante vulnerabilidad. Uno duerme mientras el otro vigila. No hay quien cuide de nosotros", explicó una mujer en uno de los campamentos de Puerto Príncipe, cuyo testimonio recogió Refugees Internacional. De acuerdo con la ONU, para marzo de 2011, 700 000 personas vivían en tiendas y otras 600 000 habían dejado la capital. La falta de alumbrado en los campamentos, la lejanía de los servicios sanitarios y la frecuente falta de vigilancia policial exponen a las mujeres de todas edades. Algunas relatan haber sido atacadas mientras dormían en sus tiendas. Esto que sucede en los refugios después del terremoto, bien puede extrapolarse, pues las condiciones de inseguridad para la mujer son las mismas en todo Haití.

Abusos en la frontera: mujeres en tránsito

La zona fronteriza, cuya extensión abarca alrededor de 350 kilómetros, no está exenta de los problemas señalados. Además de atestiguar la movilidad de la población, es punto de intercambio comercial: alberga una decena de mercados públicos binacionales, donde la violencia basada en género va desde el abuso en el cobro por atravesar la línea fronteriza, hasta el abuso sexual o el tráfico humano. La vulneración de sus derechos implica la violación de los Derechos Humanos. De acuerdo con el GARR, cerca de 60% de los comerciantes de la frontera son mujeres mayoristas que viajan continuamente a República Dominicana, y en el trayecto suelen ser víctimas de robo o de provocaciones por parte de los transeúntes, falsos policías o las propias fuerzas policiales. Y no hay una red estatal ni tampoco una legislación que las proteja. Si bien pagan impuestos para poder operar en la zona, no gozan de las condiciones mínimas de higiene: ni siquiera cuentan con sanitarios.

Por otra parte, los hospitales y los cuarteles de la policía están lejos las poblaciones fronterizas, lo que dificulta a las víctimas y a sus familias realizar el debido procedimiento para evitar, por ejemplo, un embarazo no deseado. Tampoco hay el soporte necesario para las comunicaciones, por lo que en ocasiones la gente debe recorrer largos trayectos para conseguir señal telefónica. Los medios de comunicación por escrito no llegan a la zona fronteriza y sólo algunas emisoras alcanzan la frontera. Quienes buscan, finalmente, atención en las grandes ciudades (tan sólo recorrer a pie parte de una de las vías puede tomar todo un día), enfrentan problemas propios de los centros

urbanos, como la escasez de personal médico o la negligencia para emprender la investigación.

La porosidad de la frontera tiene, por su parte, un doble filo: permite a las víctimas buscar atención en la República Dominicana, pero ofrece a los atacantes una vía de escape.

Trabajo infantil y tráfico de personas

Si bien la violencia basada en género se manifiesta de manera transversal, tiene problemas particulares en la infancia, como el *restavèk*[*] , fenómeno considerado por las organizaciones de protección de los Derechos Humanos como una nueva forma de esclavitud. Menores sin instrucción son ubicados en el seno de familias de las clases media y alta, que ofrecen hacerse cargo de sus necesidades básicas. Estos niños —mujeres en su mayoría— son integrados a la servidumbre, privados de sus derechos, y muchas veces sometidos a abuso físico y sexual, fenómeno que se agrava en 2010: de acuerdo con Ghumkpta y Agrawal,[5] hoy "el tráfico de niños ha sido menospreciado como un riesgo inminente para la salud y la seguridad, luego del desastre generado por el terremoto".

El tráfico de personas que buscan cruzar la frontera constituye, por su parte, una amenaza permanente. Son usuales los sucesos como el que Yvonia relató en una de las conferencias con que el GARR conmemoró, en 2008, el día nacional de la lucha contra la violencia que sufre la mujer. "Crucé la frontera con un contrabandista. Tomó las tres mil gurdas que había en mi bolso,[**] me saltó encima, desgarró mi ropa, me violó y se fue. Luego llegaron hasta mí tres dominicanos. Me golpearon y me violaron"

Muchas de las familias evacuadas tras el terremoto fueron a conducidas hasta puntos lejanos del centro de la capital, y muchos de los desplazados ubicaron su nueva vivienda en la frontera con la República Dominicana. Y aunque la voz oficial asegura que . Y aunque la voz oficial asegura que en su gran mayoría han vuelto a su lugar de origen, lo cierto es que esto no se ha comprobado.[***] Las condiciones de precariedad resultantes de la catástrofe

* Concepto en creole para decir "acogido". Proviene del francés "rester avec".
**Alrededor de 75 dólares americanos.
***De acuerdo a los números expuestos por la Organización Internacional para las Migraciones, la cantidad de desplazados alcanzó, por primera vez desde el desastre natural, una tasa bajo 600 mil personas. Organización Internacional de las Migraciones. La cifra de haitianos alojados en campamentos tras el terremoto de 2010 se sitúa por debajo de las 600.000 personas [monografía en internet]. Haití:OIM, 2011 [consultado agosto 2011]. Disponible en: http://www.iom.int/jahia/Jahia/media/press-briefing-notes/pbnAM/cache/offonce/lang/es?entryId=30394

dieron también lugar a la aparición de "reclutadores", quienes a cambio de comida y un ingreso rápido para las familias, violan los derechos de los jóvenes y de los adultos al emplearlos en trabajos de una gran exigencia física o para engrosar la oferta del comercio sexual.

Acuerdos nacionales e internacionales en torno a la violencia de género

El Estado haitiano adquiere constitucionalmente (art. 19) el compromiso de "garantizar el derecho a la vida, a la salud y al respecto a la persona humana, de todos los ciudadanos sin distinción, conforme a la Declaración Universal de los Derechos Humanos". El ejecutivo gestionó, en agosto de 2005, la inclusión del "Decreto que transforma la comisión de agresión sexual en delito y elimina la discriminación entre hombres y mujeres frente al sistema penal". (Antes, la agresión a la mujer se consideraba crimen contra del honor y sus infractores no percibían penas mayores). A esto se suma el protocolo del acuerdo para establecer la gratuidad de los certificados médicos de agresión sexual contra la mujer. Esto significó un incentivo para que las víctimas decidieran iniciar un proceso penal en contra de sus agresores.

Haití forma parte, además, de la Convención Interamericana de Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia en contra de la Mujer ("Belém do Pará"), ha firmado el Convenio Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, y participa en la Convención de los Derechos del Niño.

Implementación y resultados del proyecto

Trabajo del grupo de apoyo a los refugiados y los repatriados en la frontera

El GARR nace en 1991 para unificar a las nueve organizaciones que lo componen en la lucha en contra de la violación de los Derechos Humanos de los migrantes haitianos, particularmente de los que viven en territorio dominicano. A partir de 1998, enfoca la frontera de Haití y la República Dominicana para defender los derechos de los repatriados, evitar el tráfico de personas y velar por el respeto de los derechos humanos. En 2006, crea la unidad de género dedicada a instruir a la sociedad civil respecto de la gravedad de la violencia contra las mujeres como un problema sanitario y de los derechos humanos.

Concientización de la comunidad

Desde su creación, la mencionada unidad del GARR se ha dedicado a concientizar a la población. "La discriminación es un fenómeno diseminado y tolerado al interior de la sociedad haitiana, basado en la concepción de la inferioridad social de la mujer y de su subordinación, que se mantiene latente en la cultura, lo que ha traído como consecuencia una posición desventajosa para ellas en lo que respecta a la toma de decisiones en lo económico, y para la educación, la salud, la justicia, y el trabajo."[6]

La Red Fronteriza Jano Siksè para la promoción y la defensa de los Derechos Humanos (RFJS), por su parte, reunió en 2006 a las organizaciones de base a todo lo largo de la frontera entre Haití y la República Dominicana, incluido el GARR, en la lucha contra la violación de los derechos humanos.* Otras organizaciones participantes en la red son, por ejemplo, Médecin du Monde France (Médico del Mundo de Francia) y Mujer y Salud. Entre sus actividades para la concientización, se cuentan debates que presentan el abuso sexual y la violación como infracciones de los Derechos Humanos, a fin de modificar la mentalidad haitiana (inculcando el rechazo a la violencia y la discriminación de género) y erradicar conductas propias de los sectores rurales, tales como acoger al agresor en la familia. "Nos costó mucho tiempo explicarles que intentar casar a sus hijas con el victimario no estaba bien y que, por el contrario, lo que necesitaban era buscar justicia", explica Patrick Camille, jefe del Departamento de Derechos Humanos del GARR. Antes del despliegue de las campañas de la red, las mujeres tenían vergüenza de denunciar los ataques, ya fueran de desconocidos o de sus propios familiares, pues éstos no se consideraban como delitos. Tras las campañas en la zona fronteriza de Haití y la República Dominicana, el Departamento de Asistencia Jurídica de la plataforma asesoró varias denuncias. La asociación de la red con Kay Fanm,** por su parte, brinda a las víctimas acompañamiento sicológico y obstétrico.

A lo largo de los cerca de 350 kilómetros de frontera que cubre la red, se organizaron talleres con 33 monitores para instruirlos en torno al problema de la mujer, la importancia de la protección de sus derechos, y la denuncia de agresiones o violaciones. Estos monitores han transmitido su aprendizaje a sus vecinos, y han sido los principales acompañantes de las víctimas que residen en la frontera. Se crearon, además, programas en las radiodifusoras locales y comunitarias, para introducir el tema y suscitar la reflexión y la discu-

*Agrupación en la que el GARR trabaja con otras organizaciones, como Solidaridad Fronteriza (SF), Solidarité Fwontalye (SF-W), Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes (SJRM). Se ubica en los ocho departamentos fronterizos, distribuido en 50 comités.

**Kay famn fundó en 2000 el primer hospital del área para tratar a mujeres embarazadas como resultado de una agresión.

y la discusión en el público. Y puesto que la población haitiana es en su mayoría religiosa (80% profesa la religión católica),[1] las iglesias han servido como foros para el debate en torno a la importancia de hacer valer los derechos de las niñas, las jóvenes y las mujeres. En los talleres, el abuso y la violación sexuales se presenta como uno de los muchos tipos de violación de los derechos de las mujeres, junto a las agresiones físicas, sicológicas, sociales y económicas. A éstas se suman el tráfico infantil y de mujeres, y la violencia propia de los mercados fronterizos como tópicos para trabajar y generar alertas.

El GARR impulsó, conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), una campaña para llamar a las víctimas de abusos sexuales a solicitar atención médica en las primeras 72 horas después de ocurrida la agresión. El GARR organizó también la proyección de películas, y en 2008 produjo el documental "Pasaj", con el apoyo del documentalista belga Pieter Van Eecke y la haitiana Evelyne Sylvain. En treinta minutos, narra la vida de las comerciantes de la frontera y los riesgos que enfrentaban cada vez que acudían a los mercados binacionales. GARR está trabajando actualmente en los proyectos de la organización Sofa (Solidaridad con Mujeres), para no trivializar la violencia, y de Zanmi Lasante (Amiga de la Salud) y Amnistía Internacional, para promover el trabajo con las mujeres de las organizaciones locales.

Trabajo con la autoridad

El trabajo con la sociedad civil no es el único que realiza el GARR desde que introdujo las problemáticas de género entre sus objetivos como plataforma para la defensa de los Derechos Humanos. Durante 2008 y 2009, con el apoyo del UNFPA y ONUFEMMES (antes UNIFEM), el GARR estableció una mesa de diálogo con el alcalde de Belladere para impulsar una campaña por "una ciudad más segura para la mujer", que exigía, entre otras cosas, mejor alumbrado para reducir las oportunidades de los agresores y avanzar en la lucha contra de la violencia en los espacios públicos. Los municipios sirvieron de punto de referencia para difundir la información generada en esa mesa de trabajo. El catastro contó 107 organizaciones e instituciones asociadas a la atención de la mujer.

Durante 2008, 2009 y 2010, se celebraron reuniones con la policía y los magistrados para instruirlos sobre la importancia de considerar la violencia sexual como un delito que debe contar con un proceso expedito para hacerle frente. El GARR ha participado con las autoridades, además, en mesas y foros de discusión para debatir sobre su papel en la erradicación de la violencia.

Font-Verrettes, Anse-a-Pitres, Belladere y Lascahobas fueron los escenarios donde, en 2009, se gestionaron comités multidisciplinarios para buscar una solución integral. Una de las metas fijadas es la de "seguir los casos de violencia registrados en la línea fronteriza y entregar mejor apoyo a las víctimas".

Entre los miembros de la comitiva, estaban la Policía Nacional de Haití, autoridades vinculadas con la salud, organizaciones de ayuda a las víctimas, y los medios de comunicación.

El GARR forma parte de la Concertación Nacional contra la Violencia de Género, a la que se debe el diseño de un formulario nacional para recolectar datos vinculados a delitos sexuales. Se editó, además, un repertorio de las organizaciones que proveen servicios a las víctimas en siete municipios de la frontera, en tres idiomas (creole, francés y español).

Conclusiones

Desde que el GARR incluyó en su agenda la promoción de los derechos de género, la falta de estadísticas ha sido una constante. Las organizaciones humanitarias asociadas no han logrado coordinarse satisfactoriamente con el aparato estatal. No obstante, GARR ha integrado a autoridades políticas, judiciales, de la seguridad y de la salud, así como a las mujeres que han sufrido agresiones en programas y proyectos. Ha contado, al respecto, con el apoyo de organismos internacionales y ONG.

El éxito de sus propuestas se traduce en un mayor conocimiento por parte de los habitantes de sus derechos y de los procedimientos que han de seguirse cuando éstos son violados. Cada vez son más las mujeres que acuden a los monitores en busca de asesoría. La estrategia de impulsar una ayuda coordinada ha mostrado, así, resultados notables.

Organizaciones feministas lograron, por su parte, que se modificara el código penal en relación con el abuso sexual. Los Ministros de Salud y de Justicia han firmado convenios para que se faciliten certificados médicos gratuitos a las víctimas de violencia, y la policía incluyó en su currículo cursos sobre los derechos de la mujer, y se comprometió, además, con la recolección de datos sobre el tema.

El incremento en las denuncias debe llevar aparejada, no obstante, la mejora de los sistemas de salud y penal. Es urgente que las víctimas tengan un mejor acceso al tratamiento contraceptivo, a exámenes de VIH y a acompañamiento sicológico. Por otra parte, si bien las medidas de protección han considerado la violación y el abuso sexual, han dejando de lado la violencia intrafamiliar como elemento constitutivo de la violencia de género.

Por último, dado que esta problemática recrudece en la línea fronteriza es importante que ambos Estados tomen medidas para generar conciencia en torno al tema.

Referencias

1. Central Intelligence Agency. Haiti [monografía en internet]. Estados Unidos:CIA, 2011 [consultado en 2011, agosto]. Disponible en: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html
2. Vision of Humanity. Global peace index [monografía en internet]. Estados Unidos: Vision of Humanity, 2011 [consultado en 2011, agosto]. Disponible en: http://www.visionofhumanity.org/gpi-data/#/2011/scor
3. Dickinson, E. Postcards from hell, 2011: Images from the world's most failed states. Revista Foreign Policy [serie en internet]. 2011. [consultado en 2011, agosto]; Disponible: http://www.foreignpolicy.com/articles/2011/06/20/postcards_from_hell_2011
4. Gaje, A., Hutchinson, P. Power, Control and Intimate Partner Sexual Violence in Haiti. Archives of Sexual Behavior, 20006; Vol. 35, No. 1, pp. 11–24.
5. Gupmta, J., Agrawal, A. Chronic aftershock of an earthquake on the well-being of children in Haiti: violence, psychosocial health and slavery. Canadian Medical Asociation. CMAJ. 2010; Vol. 182 (18) 1997-1999.
6. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Right to women to be free from violence and discrimination. [monografía en internet]. Estados Unidos:CIDH 2009. [consultado agosto 2011]. Disponible en: Http://www.cidh.oas.org/countryrep/Haitimujer2009eng/HaitiWomen09.toc.htm

REPÚBLICA DOMINICANA

Fortalecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva en la frontera: Respuesta social a la crisis

Ángela Polanco
Elisa Elena González

Introducción

Conforme a lo convenido en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha contribuido con asistencia técnica y financiera al desarrollo de planes de trabajo que propicien el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Tras la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2000, realizada en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el UNFPA revisó el vínculo entre la promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) y la reducción de la pobreza. Al respecto, el presente trabajo documenta las acciones, estrategias y buenas prácticas del "Proyecto sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en cinco fronteras de América Latina", desarrollado en las provincias de Elías Piña, Jimani, Dajabón, Pedernales, Independencia, en territorio dominicano, y en Bellader, Las Cahobas, Wanamenth, Fond Parisien, Ganthier y Ansepitre, en Haití. Se revisan el método, el enfoque y las alianzas que fortalecieron los servicios para la SSR de adolescentes, jóvenes y adultos, y se analiza, asimismo, el método de mejoramiento de la calidad y la gestión de los servicios sociales.

Contexto

Frontera de la República Dominicana y Haití

La frontera de la República Dominicana y Haití se caracteriza por la persistencia de conflictos asociados a la desigualdad y a la privación de la libertad de sus residentes.[1] La región se concibe como el "espacio donde se lleva a cabo la ruptura física de nuestro territorio, justo en el borde de dos naciones muy diferentes".[2] Ahí se alternan, en el transcurso de la semana, catorce mercados binacionales a los que concurren 5 221 comerciantes: 51.1% haitianos y 48.23% dominicanos; 63.51% mujeres y 36.49% hombres de uno y otro lado de la frontera.[3] Hay, además, un reducido porcentaje (0.67%) de comerciantes de otras nacionalidades.

De acuerdo con el primer censo de vendedores y la segunda encuesta de compradores del mercado binacional en la zona fronteriza de República Dominicana y Haití, el flujo migratorio es de 181 707 personas (52.3% dominicanos y 47.7% haitianos).[4] De las 4 042 personas encuestadas,[3] 675 tienen menos de 25 años; 1 193, entre 26 y 35 años; 1 148, entre 36 a 45, y 1 026 son mayores de 46. En cuanto al nivel de instrucción, de los 1 904 dominicanos encuestados, 46% cursaron la primaria, 35%, la secundaria, y 7.4% tienen un grado universitario. Seis personas cursaron, además, algún postgrado. Cuentan con estudios de nivel medio y superior casi 33% de los dominicanos y sólo 7% de los haitianos. En este rubro las diferencias entre los sexos son acentuadas, pues 56% de las mujeres migrantes carecen de estudios formales.[5]

La frontera se distingue por la "mezcla comercial" característica de los mercados binacionales. La distribución de empleos es: 43.84% en Dajabón; 21.16% en Comendador; 14.47% en Jimaní y 6.48% en Pedernales. El estudio del Centro de Exportación e Inversión de República Dominicana (CEI-RD) indica, por su parte, que 65% de los dominicanos y 78% de los haitianos adquieren mercancías en la frontera para revenderlas.[6]

Características de las migrantes haitianas en la República Dominicana[5]

A pesar de la tradición migratoria entre ambos países, las investigaciones académicas y gubernamentales sobre migrantes haitianos –y en particular sobre las mujeres migrantes haitianas en la República Dominicana– son muy recientes. De aquí que temas tales como la SSR o la violencia hayan sido escasamente estudiados. No obstante, se han obtenido algunos indicadores de un grupo de acentuada vulnerabilidad, el de las mujeres haitianas en la frontera. Según la encuesta realizada en 2010 por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO),[7] 32% de los hijos de las mujeres migrantes nacieron en Haití, y 22,8% de ellos viven en ese país. En cuanto a su integración laboral en la República Dominicana, 52% laboran en el comercio, 16,5% en los servicios y 15,1% en el sector agropecuario no cañero.

La investigación realizada en 2005 por el Groupe d'Appui aux Repatriés et Réfugiés (GARR) y el Movimiento de Mujeres Dominico Haitianas (MUDHA) sobre las mujeres haitianas implicadas en la migración en la República Dominicana[8] revela que 39% de estas mujeres, en su mayoría en edad reproductiva, llevaban más de cinco años viviendo en República Dominicana. En los bateyes, 64% de las migrantes tenían entre 15 y 34 años; en la zona agrícola 64% tenían entre 25 y 44 años, y en la zona urbana 82% tenían entre 25 y 44 años. Asimismo, 20% de las mujeres residentes en zonas urbanas te-

nían menos de un año viviendo en la República Dominicana, y declararon, en su mayoría, haber entrado al país de forma legal (80%).

Esta investigación coincide con la realizada por la FLACSO/OIM en que el comercio es la actividad laboral más frecuente entre las migrantes encuestadas (venta de productos en un punto fijo o como ambulantes). En las zonas francas estas mujeres laboran como trabajadoras domésticas o jornaleras agrícolas. El 76% mencionó "que su vida personal mejoró" después de haber migrado. La encuesta de GARR y MUDHA revela, por su parte, ciertas dificultades: 41% de las migrantes encuestadas manifestaron que su mayor dificultad era ser haitianas; 37% dijeron que su idioma era un obstáculo, y 20% declararon que los trabajos no eran bien remunerados.

Necesidades de salud sexual y reproductiva de los grupos objetivo del proyecto

El equipo técnico del UNFPA se coordinó en reuniones con sus contrapartes nacionales del Ministerio de Salud Púbica y el Ministerio de la Mujer, así como con el equipo del UNFPA Haití, para diseñar el proyecto a partir de las necesidades de la SSR de la población objetivo: las adolescentes, las jóvenes y las mujeres migrantes. En estas reuniones se identificaron necesidades en el área de SSR, tales como la mejora de los servicios, la prevención de VIH-SIDA, la atención a casos de violencia de género, la reducción de mortalidad materna, la creación y fortalecimiento de las plataformas sociales y comunitarias existentes, y el acceso a información oportuna desde un enfoque de derecho. Asimismo se identificó que las necesidades apuntan a los rubros de información, capacitación, acceso a servicios de calidad.

Entre las necesidades de infraestructura (insumos y equipo) de los centros de salud destaca la limitada oferta de métodos anticonceptivos y preventivos del VIH y la violencia basada en género (VBG). No hay instalaciones sanitarias adecuadas para brindar atención para la SSR, y los recursos al respecto son limitados. Son igualmente escasos los recursos para capacitar al personal de salud hospitalario en la atención obstétrica, y se carece de promotores y médicos especializados en la atención de adolescentes. Por otra parte, la existencia de personal con prejuicios relativos a la SSR obstruyen la promoción de los servicios y la difusión de información al respecto, como el Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 136-03) o la Ley que modifica el Código Penal Dominicano y sanciona la violencia contra la mujer, doméstica e intrafamiliar (Ley 24-97). Tampoco hay información sobre el manejo post-traumático y atención en caso de violencia, especialmente de VBG.

En cuanto a la vinculación institucional, resalta la escasa coordinación de los servicios, en especial en la integración y participación de los grupos comunitarios con los diferentes sectores, y entre las agencias que trabajan en el territorio dominicano y organismos del lado haitiano. Destaca la necesidad de una respuesta integral a las urgencias en el ámbito de la salud reproductiva que garantice los derechos de la población. Implementación y resultados del proyecto

Implementación y resultados del proyecto

Respuesta nacional para la salud sexual y la salud reproductiva

Fortalecimiento de los servicios para la SSR

> *"Ha sido una experiencia inolvidable y satisfactoria, a la vez por ser la primera vez en este hospital y justo en el momento preciso, que se dan medicamentos antirretrovirales post-exposición a una paciente violada. Gracias al apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, conjuntamente con el ministerio de salud y el Dr. Manuel López, por estar aquí en el momento preciso y poder captar a dicha paciente y que ésta a su vez pudo ser beneficiada por el programa con los medicamentos apropiados para dicha exposición, por lo que agradecemos a UNFPA y al ministerio de Salud por estar apoyando las regiones fronterizas con proyectos de esta magnitud que son de suma importancia para la prevención de la salud en la República Dominicana, especialmente en las regiones fronterizas con Haití".* **Paciente por post exposición de violencia con el kits de prevención de los Antirretrovirales, Jimaní[9]**

Los hospitales de la frontera han brindado históricamente atención a los haitianos radicados en la República Dominicana, cuya demanda se distribuye en Montecristi y Pedernales (41.4%), Independencia (40%) y Dajabón (31.6%).[10] Por lo tanto, el proyecto enfocó sus estrategias en el fortalecimiento de los hospitales provinciales fronterizos, y en el mejoramiento de los servicios para la prevención de embarazos, la prevención de ITS, VIH y SIDA, la bioseguridad, la atención adecuada de los partos y la planificación familiar. Se aplicó, asimismo, el kit básico de SSR durante la respuesta humanitaria.*

*Llamado también "kit de salud reproductiva" compuestos por medicamentos de primera urgencia, y suministros y equipamiento para llevar a cabo partos higiénicos y emergencias obstétricas, atención post-violación, tratamiento de complicaciones derivadas de abortos inseguros y de otras cuestiones en materia de salud reproductiva, como las infecciones de transmisión sexual. Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Partos en medio del caos: la carrera del UNFPA por abastecer a Haiti en materia de salud sexual y reproductiva.[monografía en internet]. Venezuela: UNFPA,2010. [consultado 2011 agosto]. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/new162010.htm

Se capacitó al personal local en los derechos de la mujer, la detección y la prevención de violencia basada en género, y la calidad de los servicios incluyendo los de acompañamiento y seguimiento. Se promovió el paquete básico de SSR y se impartieron talleres sobre el cuidado obstétrico de urgencias, técnicas anticonceptivas, planificación familiar ITS y VIH, inserción del DIU, medidas de bioseguridad para prevenir infecciones. Se fortalecieron, así, las competencias de los proveedores de servicios para la SSR (CuadroI)

Cuadro I.
Conteo de actividades realizadas en el componente de Fortalecimiento de los servicios para la salud sexual y reproductiva

- Capacitación a 209 personas del personal de salud local
- Tranmsión radial sobre los derechos reproductivos, la prevención de VIH, y SSR/ITS y VBG con cobertura a 8 590 miembros de la comunidad
- Talleres impartidos a 60 matronas de Ganthier, Timaché et Galette sobre uso de anticonceptivos y atención al parto
- Nueve voluntarios capacitados en jornadas sobre salud reproductiva
- 15 personas de centros de salud (médicos y enfermeras) capacitados en uso de los Kits
- 73 000 folletos y 20 000 afiches de Alarma y 5 000 de DIU
- 30 000 volantes del IEC distribuidos en los centros de salud
- 275 contenedores de kits en República Dominicana y 112 en Haití

Se realizó una campaña informativa para la que se determinó qué material existente de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobe SSR reproducir y cuál rediseñar en función de la población objetivo del proyecto. Este material se empleó en las charlas hospitalarias y comunitarias llevadas a cabo en las Unidades de Atención Primaria (UNAP), e incluyó carteles y folletos bilingües sobre las señales de alarma durante el embarazo, el parto y el post parto; métodos anticonceptivos; sexualidad juvenil y prevención del embarazo en adolescentes, y prevención de cáncer cérvicouterino y cáncer de mama. Se incluyó la prevención de VIH, como tema asociado a la prevención y la atención de la explotación y el abuso sexual. La Dirección General de Control de Infección de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), en coordinación con el ONUSIDA impartieron al personal médico facilitador del proyecto un taller básico sobre ITS/VIH/SIDA incluyendo la Transmisión Vertical del VIH, la explotación y el abuso sexual.

Movilización social y articulación comunitaria

"Al evaluar de manera general el trabajo realizado, podemos afirmar que más que cumplir con objetivos expresados en números, hemos teni-

do la oportunidad de brindar un servicio de calidad a esta comunidad. No nos hemos concentrado meramente en alcanzar una cantidad de terapias individuales y/o grupales, sino que a lo largo del proceso, nos hemos asegurado de que estuviéramos realmente aportando cambios a las vidas de esas mujeres" **Terapeuta de Bellader**

La estrategia de integración de las comunidades, en particular de los beneficiarios directos del proyecto, surge tras el terremoto, cuando el desplazamiento de 160 000 personas eleva la demanda de servicios para la SSR (VBG, VIH e ITS) y la necesidad de brindar información oportuna. El rápido levantamiento de las necesidades y la evaluación de los establecimientos que pudieran brindar cuidados obstétricos de urgencia, permitió reorientar las estrategias del proyecto a la población objetivo en el contexto de la urgencia. Al mismo tiempo, se conformaron cinco redes juveniles y siete redes de mujeres, para lo cual se definió colectivamente el perfil de los promotores (educadores pares adolescentes y jóvenes)[11] y se establecieron ciclos diferenciados de capacitación y entrenamiento de alrededor de 24 horas (Cuadro II).

Cuadro II
Contenido temático de la capacitación a las redes comunitarias

	Redes juveniles	Redes de promotoras/es
Nivelación	a. Qué es una emergencia y qué se entiende por ayuda humanitaria b. Contenido temático en SSR, ITS, VIH-SIDA, prevención y atención del embarazo en adolescentes	a. Conocimiento de la situación de urgencia; b. Conocimiento de la SSR y VBG;
Taller formativo	a. Técnicas de abordaje en las visitas domiciliarias, cara-cara, y trabajo en equipo. b. Violencia de género, como detectarla y como trabajarla.	a. Capacitación sobre violencia contra la mujer; b. Técnicas para las visitas domiciliarias e instrumentos para la promoción de la salud; c. Protección y prevención de la violencia contra las mujeres d. Manejo de trauma, miedo y duelo;
Entrenamiento	a. Líneas clave para el auto-cuidado en el marco de una ayuda humanitaria; b. Mensajes clave para reforzar la autoestima en las personas jóvenes abordadas; c. Estrategias de IEC para manejar y distribuir material informativo.	a. Entrenamiento en autodefensa como una forma de prevenir la violencia y cualquier agresión física, utilizando un método práctico y vivencial; b. Adiestramiento para aplicarlo al protocolo diseñado para distribuir los kits de dignidad, linternas y silbatos.

Las redes hicieron intervenciones, visitas domiciliarias, charlas, manejo de traumas, promoción de salud, conversaciones informativas y jornadas comunitarias cara a cara sobre servicios de salud, prevención y atención del VIH, abuso y explotación sexual, y distribución de "kits de dignidad". Éstos consistieron en cubetas plásticas con jabón, cloro, tela, toallas sanitarias, cepillos de dientes, pasta dental y desodorante. Se brindó, además, información sobre el autocuidado y la autoprotección (las mujeres fueron dotadas de linternas y silbatos que debían emplear como voz de alarma en caso de acoso o intento de violación) (Cuadro III).

Cuadro III
Conteo de actividades realizadas en el componente de Movilización social y articulación comunitaria

- **Capacitación a 182 mujeres en prevención** de la violencia, manejo del trauma, el duelo y el miedo en caso de tensión post traumática
- **Apoyo psicosocial a 353 haitianas desplazadas y víctimas de violencia**
- **Terapias grupales con cobertura a 1 847 mujeres**
- **Terapias individuales a** 754 mujeres
- **Capacitación a 150 jóvenes promotores en** salud, protección, prevención de violencia y métodos para hacer visitas domiciliarias
- Visitas domiciliarias a 9,646 mujeres
- **Constitución de siete redes de mujeres** para prevenir la violencia
- **Entrenamiento a 72 mujeres** en autodefensa
- **Material informativo en español y creole sobre prevención de la violencia**
- **Distribución de 842 "kits de dignidad"**
- **Distribución de 298 silbatos y 344 linternas**
- **Atención y detección de 132 de casos de violencia física, sexual o psicológica contra la mujer**
- **Información a 2 250 adolescentes sobre la prevención de VIH/ITS**, embarazo adolescentes, sexualidad juvenil, desarrollo y VBG
- **Participación de 2 317 adultos** en sesiones de formación sobre lactancia, y planificación familiar
- **Distribución de 8,352 condones masculinos**
- **Distribución de 185 condones femeninos**

Las estrategias de abordaje se adaptaron a la realidad comunitaria de cada una de las franjas fronterizas, respetando las formas de relación comunitaria de los jóvenes líderes en sus respectivas provincias. Así, por ejemplo, la Red Juvenil de Pedernales difundió información clave para proteger los derechos y prevenir los riesgos asociados a la SSR mediante un programa radial local, al tiempo que distribuyeron preservativos en barberías, salones de belleza y bares. En Jimaní se estableció un vínculo con los líderes comunitarios haitianos para facilitar una comunicación fluida entre los promotores de las redes y la población desplazada por el terremoto. Estas acciones fortalecieron la provisión de

servicios amables a las adolescentes y las jóvenes; contribuyeron a mejorar la calidad y la gestión de los servicios de salud, y redujeron el riesgo de violación de los derechos reproductivos y de los derechos humanos en general.

Fortalecimiento de los garantes de los derechos

Uno de los pilares que permitieron aplicar los procesos en la población objetivo del proyecto fue la articulación y el fortalecimiento de los garantes de los derechos. Para asegurar la oportunidad de las respuestas de los garantes de los derechos a la población migrante, residente en las zonas objetivo del proyecto, se fortalecieron los vínculos con las autoridades locales de ambos lados de la frontera.* Para coordinar las acciones del Proyecto Binacional Haití-República Dominicana en la comunidad, se establecieron "Comités Locales de Coordinación o Interinstitucionales para el desarrollo y la salud de la mujer" en Pedernales, Jimaní, Elías Piña y Dajabón, en la República Dominicana, y en Ounaminthe, Belladere, Mal Paso y Anse a Pitre, en Haití. Estos Comités fueron relevantes para concretar las políticas nacionales y tuvieron un efecto positivo en la población atendida. También representaron una instancia clave para la transversalización del enfoque de género en las organizaciones comunitarias, pues mediante la capacitación, la planificación y la ejecución conjunta se integraron prácticas orientadas a la equidad y la igualdad de género, y al reconocimiento de los derechos de la mujer.

Los Comités y la organización de "reuniones-talleres" tuvieron los siguientes logros generales:

- La participación de las autoridades y los representantes locales de las instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de base comunitaria, asociaciones de mujeres, iglesias, representantes del Ayuntamiento y la Gobernación provincial, entre otras, en cada una de las áreas de intervención del proyecto.
- La capacitación de los integrantes de los Comités sobre las políticas públicas, género, la SSR y la violencia, entre otros temas.
- La elaboración de planes operativos locales interinstitucionales y binacionales para diseñar, promover, ejecutar y dar seguimiento a las políticas
- La definición de las funciones de seguimiento de los planes de acción.

*Cuerpo especializada Fronterizo de las Fuerzas Armadas –CESFRONT-, Ejército Nacional, Fuerzas Armadas, Fiscalía de Jimaní, Policía Nacional, Fiscalía de Pedernales, Ayuntamiento Municipal, Fiscalía de Elías Piña, Misterio de Educación, Fiscalía de Dajabón, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Red Nacional de Jóvenes, Procuraduría de la Fiscalía, Eco-Cubles, UNICEF, Instituto Dominicano de Desarrollo Integral, Dirección General Migración, PROFAMILIA, Dirección General de Aduana, FUNDEIJUR, CONANI, PROMUNDO, Colectiva Mujer y Salud, Ministerio de la Condición Femenina y de los Derechos de la Mujer, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Sistema de las Naciones Unidas República Dominicana

Entre los logros puntuales de los Comités, están: a) la sensibilización de las instituciones en el ámbito local respecto al trabajo en materia de género, invirtiendo recursos locales en apoyo a las acciones dirigidas a incidir en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y la no-violencia contra la mujer; b) el fortalecimiento de las coordinaciones intersectoriales locales, y el incremento de las acciones conjuntas para optimizar los recursos y potenciar los resultados, y c) el mejoramiento de los mecanismos institucionales de referencia y contra-referencia para el acceso a los servicios en beneficio de la población en general, y de las mujeres en particular.

Los Comités se mantienen actualmente activos con acciones de vigilancia social en favor de la mujer, enfocadas en la SSR y en la no-violencia.

Conclusiones

El proyecto permitió contribuir a elevar la calidad de los servicios para la SSR en las provincias fronterizas de la República Dominicana y Haití, e identificar las brechas para la sostenibilidad de los logros, y generó un aprendizaje a partir de la necesidad de establecer protocolos y alianzas estratégicas que potencien la promoción de los derechos de la población afectada y faciliten la coordinación binacional para atender las necesidades de salud de la población de ambos países. La respuesta que se brindó a la población necesitada en el contexto de la catástrofe fue muy valiosa. No obstante, es necesario perfeccionar las estrategias para detectar la violencia y brindar apoyo psicosocial considerando que la población puede carecer de información sobre otras formas de convivencia.

La lección aprendida más relevante en cuanto a la articulación comunitaria estuvo en la oportunidad de incidir en la cotidianidad de los grupos objetivo del proyecto como un proceso de empoderamiento. Respecto de los garantes de derechos, el desarrollo del proyecto reveló brechas representadas por el Ministerio de Salud y el Misterio de la Mujer, instancias que probaron su capacidad resolutiva en tiempos de crisis, incluyendo la formulación de protocolos y su puesta en práctica, la inclusión de mecanismos de suministro de insumos, la replicación del modelo de incorporación de personal capacitado en el Ministerio de Salud Pública (MISP), y la formación de redes comunitarias como parte de las estrategias de una política de salud que incluye la perspectiva de respuesta humanitaria.

Los servicios para la SSR de los hospitales que participaron en el proyecto deben robustecer su capacidad de respuesta a la comunidad en urgencias, así como ante la demanda y las necesidades de las mujeres migrantes o de ascendencia haitiana, ampliando su cobertura y capacitando a sus recursos humanos a fin de impulsar un modelo de atención intercultural.

Debe seguirse fortaleciendo, asimismo, un modelo de atención basado en las características socioculturales de la zona. Para ello se requiere fortalecer y continuar el trabajo de SSR con las mujeres desplazadas, con miras a prevenir embarazos no deseados, ITS, orientación sobre lactancia materna, cuidado del embarazo y mejorar las capacidades y habilidades de las comadronas, así como el trabajo de apoyo psicosocial para las mujeres, al que es necesario dar continuidad. Asimismo, el trabajo para enfrentar la violencia y para garantizar adecuados estándares de SSR en la población desplazadas y/o afectada por el terremoto, que se encuentra en la frontera, tiene que enmarcarse en una perspectiva binacional, de lo contrario su impacto continuará siendo reducido. Igualmente importante es la coordinación de las organizaciones de mujeres haitianas y las redes juveniles creadas en el marco del proyecto, afianzando su sostenibilidad.

Finalmente, para garantizar la sostenibilidad de las estrategias del proyecto, se han ejecutado diversas acciones entre las que destacan: a) la integración de protocolos en el sistema de salud en el próximo programa de UNFPA-República Dominicana para asegurar el paquete mínimo de la SSR en situaciones de urgencia, y b) la realización de "foros" para identificar las brechas y las oportunidades en los servicios de SSR, VIH y VBG.

Referencias

1. Piña E. Informes Provinciales de Desarrollo Humano (parte I). República Dominicana: Oficina de Desarrollo Humano, 2010.
2. Martínez-Suarez A, Entrevista realizada a la Arq. Melisa Vargas Rivera. Periódico Hoy 2011 junio 15.
3. Centro de Exportación e Inversión de República Dominicana, Programa de Apoyo Institucional para la Integración Regional. Primer censo de vendedores y segunda encuesta de compradores del mercado binacional en la zona fronteriza de República Dominicana y Haití. República Dominicana: (CEI-RD), (ISPRI), 2011.
4. Acosta C. Estudio Comercio RD-Haití se realiza en 14 mercados en la frontera. Listín Diario 2011 febrero 22; sección Economía y Negocios.

5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe de Línea Basal Servicios de Salud reproductiva, ITS/VIH y SIDA, VBG en inmigrantes de cuatro provincias fronterizas. República Dominicana: UNFPA/ Caminante, 2011.
6. Polanco M. Dajabón es mercado más apetitoso en la frontera [Archivos Multimedia]. República Dominicana: Periódico El Caribe; 2011 mayo 2.
7. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Organización Internacional para las Migraciones. Encuesta nacional sobre migrantes haitianos en la República Dominicana. Santo Domingo: Editora Búho, 2004.
8. Mediabyte GARR, MUDHA. En Busca de una vida, una investigación sobre las mujeres Haitianas implicadas en la migración en la Republica Dominicana. República Dominicana: Mediabyte Garr, MUDHA, 2005.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe CERF sobre Salud Sexual y Reproductiva. República Dominicana: UNFPA, 2010.
10. Clara J. Promoción de la Salud Reproductiva en situación de emergencia en la Frontera de Haití. República Dominicana: DIGEMIA, UNFPA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General Materno Infantil y Adolescentes, sf.
11. Colectiva Mujer y Salud. Prevención de Violencia de Género y respuesta frente a las necesidades de las mujeres. Informe Final de Proyecto. República Dominicana: Colectiva Mujer y Salud, 2010.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

René Leyva Flores, Germán Guerra

Si bien el fenómeno migratorio se ha constituido en un elemento estructural de los países de América Latina, la salud sexual y reproductiva de las poblaciones móviles y migrantes en esta región ha sido poco explorada como un eje de análisis para el desarrollo de políticas públicas. Los tomadores de decisiones suelen enfocarse en los aspectos económicos de la migración, soslayando los procesos sociales, políticos y culturales relacionados con ella. Ejemplo de ello es el monitoreo permanente del flujo de remesas hacia los países de origen de los migrantes mientras que se dejan de lado los aportes de éstos al desarrollo social de los países.[1] Desde esta perspectiva, la migración y el desarrollo se encuentran predefinidos como una relación de causa-efecto, pese a que la primera se presenta cada vez con más como un problema social y cultural, además de económico, tanto para las sociedades de destino o tránsito de migrantes, como para las de origen.

Los resultados de este proyecto sobre la relación entre migración y salud sexual y reproductiva en diez países de América Latina muestran que el fenómeno migratorio no tiene un motivo único ni es unidireccional (de sur a norte), ni los migrantes constituyen una población homogénea. Las razones para migrar pueden ser los desastres naturales y epidemiológicos con consecuencias sociopolíticas y económicas en los países, como es el caso de Haití; las crisis crónicas de conflictos armados en la región (como en Colombia), o bien, las situaciones de violencia y precariedad que experimentan los ciudadanos en la mayoría de los países de la región.[2,3]

Por otro lado, se ha logrado un claro reconocimiento de la funcionalidad de las fronteras como espacios sociopolíticos de continuidad e intercambio poblacional y de bienes, al margen de las reglas diferenciadas de ordenamiento jurídico establecidas por los Estados.

Así, el concepto de "migrante" incluye una diversidad de poblaciones (desplazados, refugiados), así como una diversidad de subcategorías ocupacionales, pero también culturales (garífunas, kunas y mayas, entre otros), que

dotan de nuevo sentido a dicho concepto. Al mismo tiempo, la movilidad de estos grupos de población es hacia el interior y entre los países de la región, o bien, hacia otros países fuera del continente americano.

¿Cuáles son las consecuencias para la salud, especialmente la salud sexual y reproductiva? ¿Cuál es la capacidad de respuesta social a esta compleja dinámica? La experiencia desarrollada en los países permitió generar información estratégica que ha contribuido a un mejor conocimiento de la salud sexual y reproductiva. Se han identificado situaciones específicas de riesgo que afectan de forma diferenciada a estos grupos de población y que influyen sobre su capacidad de respuesta.

Violencia hacia los migrantes desplazados y refugiados.

Los migrantes desplazados y refugiados viven un problema común relacionado con su proceso de movilidad: la violencia en sus diferentes formas actúa como causa y efecto de la migración. Determinados grupos de población sufren el desplazamiento y buscan el refugio como una forma de supervivencia ante la situación de violencia en sus lugares de origen, como ocurre en la frontera Colombia-Ecuador. Durante el proceso de desplazamiento por los países o en el proceso de inserción en las comunidades de destino, los migrantes viven situaciones de violencia sexual con graves afectaciones a su salud. Ejemplos de esto se encuentran en las fronteras de los países centroamericanos o entre las y los migrantes en tránsito por México. No obstante, es escasa la respuesta social para prevenir y atender de forma oportuna y adecuada a las personas afectadas. Esta situación se agrava debido a que los afectados perciben este tipo de violencia como un asunto de carácter jurídico-policial, no de salud. Por otra parte, las restricciones normativas presentes en la mayoría de los países dificultan el acceso de las poblaciones móviles y migrantes a los servicios de salud y de asistencia legal.

Uno de los obstáculos más comunes es la escasa disponibilidad de información para determinar la magnitud y distribución de este conflicto en los diferentes países de la región. Al respecto, una aportación de este proyecto es el haber generado datos que contribuyen a estimar la magnitud del problema, así como su focalización en las mujeres migrantes.

Los gobiernos de los países y organizaciones de la sociedad civil cuentan con protocolos formales o lineamientos de operación para dar atención y manejar los efectos de la violencia en la salud; sin embargo enfrentan serias dificultades para ponerlos en práctica. En algunos países, como Ecuador, Colombia, México, Guatemala, se ha documentado que los profesionales

de salud han sido víctimas de agresiones por parte de los diferentes grupos delictivos, lo cual limita sus capacidades para brindar atención oportuna a los daños a la salud o ejercer la prevención de riesgos, en este caso relacionados con la violencia sexual. En estas circunstancias, su práctica médica implica un riesgo a su integridad y su vida.

Estigmatización y discriminación hacia las trabajadoras sexuales migrantes.

En las diferentes fronteras incluidas en el proyecto se identificó el trabajo sexual como parte de los procesos y condiciones de la dinámica poblacional propia de este tipo de espacios. El trabajo sexual es ejercido mayoritariamente por mujeres que proceden de otros países. De esta forma, en la frontera de México predominan las trabajadoras sexuales originarias de Centroamérica, y en Costa Rica, las provenientes de Nicaragua. La situación del trabajo sexual puede presentar mayor complejidad y gravedad dependiendo del contexto social. Un ejemplo notable de ello se presenta en la frontera Ecuador-Colombia. En esta frontera se ha documentado durante la última década un importante movimiento migratorio, predominantemente de hombres, vinculado sobre todo con dos procesos: en primer lugar está ligado a la presencia de diferentes grupos armados participantes en el conflicto bélico de Colombia y la movilización de fuerzas militares, policías y otros oficiales de defensa en la frontera de Ecuador. En segundo lugar se relaciona con el flujo de trabajadores para la explotación petrolera, minera, forestal, entre otras. Ante estas situaciones, el trabajo sexual ha emergido en las comunidades como un servicio altamente demandado.

Las trabajadoras sexuales han sido objeto de maltrato y abuso por sus clientes, en respuesta a lo cual desarrollaron diferentes formas organizativas para su protección. Una de las más importantes fue la conformación de la Red de Trabajadoras Sexuales en la provincia de Sucumbíos, Ecuador, que sirvió como referencia para organizar a las trabajadoras sexuales de otras provincias fronterizas del Ecuador y Colombia. Se reconoce que la mayoría de las trabajadoras sexuales son colombianas, aunque no se tiene documentada la proporción de éstas.

Cabe señalar que en este contexto las mujeres y jóvenes de las comunidades fronterizas también son objeto de agresiones y abusos sexuales, los cuales se encuentran escasamente documentados, y enfrentan dificultades para recibir oportunamente atención médica o jurídico-legal.[4]

La complejidad que ha adquirido el ejercicio del trabajo sexual es de tal magnitud que requiere ser diferenciado de las situaciones de trata de personas. En la actualidad, la mayoría de los países de la región han desarrollado leyes sobre este delito, en las cuales no queda claramente establecido el ejercicio del trabajo sexual como un proceso independiente. Esta situación se ha sumado a la preexistente estigmatización de las trabajadoras sexuales, que obstaculiza aun más su acceso a servicios integrales de salud. A pesar de ello, las autoridades sanitarias municipales exigen el cumplimiento de los reglamentos de control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH. Son escasas las iniciativas de ley o los reglamentos que buscan garantizar los derechos de las trabajadoras sexuales, quienes constituyen un grupo poblacional particularmente vulnerable y con altos riesgos para su salud sexual y reproductiva.[5]

Servicios de atención integral al VIH-SIDA, y otras ITS.

La experiencia más notoria en materia de prevención y atención del VIH y otras ITS en grupos móviles y migrantes se ubica en la frontera entre Centroamérica y México, donde se han desarrollado programas focalizados en mejorar el acceso a los servicios de salud para la prevención y atención de estos problemas, con una importante participación de las organizaciones de la sociedad civil y los servicios gubernamentales de salud.

En la actualidad se cuenta con suficientes evidencias de la prevalencia de VIH en estos grupos: trabajadoras sexuales, trabajadores agrícolas migrantes y migrantes en tránsito. Al contrario de lo que se pensaba respecto de que "los migrantes llevan el Sida", como una expresión de los prejuicios y la estigmatización preexistentes, la prevalencia observada de VIH en estos grupos de población es semejante a la de sus países de destino.[5] Sin embargo, durante el proceso migratorio estos grupos de población se exponen a nuevas situaciones de riesgo en condiciones de desventaja social para manejarlos y responder a ellos. El sexo transaccional (a cambio de comida, transporte, habitación, ropa, calzado e incluso como forma de negociación con autoridades) emerge como un medio para facilitar el tránsito. Las relaciones sexuales ocasionales sin protección se registran como eventos frecuentes que se han ido convirtiendo en parte integral de la dinámica migratoria. Hombres y mujeres asumen el riesgo de tener este tipo de relaciones como parte natural de su proceso migratorio.

Asimismo, se han documentado situaciones de violencia sexual especialmente focalizada en mujeres y hombres que se adscriben a grupos de diversidad sexual (5). Estas situaciones se encuentran directamente relacionadas

con la probabilidad de transmisión de infecciones por vía sexual, y explican en gran medida la incidencia de ITS y de la detección tardía del VIH. En estos contextos, el hecho de contar con estrategias que faciliten el acceso a servicios e insumos preventivos y de atención para hacer frente a las consecuencias de la exposición a los riesgos marca la diferencia. Al respecto, el proyecto ha documentado estrategias efectivas[5] que han sido probadas en la frontera entre México y Guatemala y tienen una alta potencialidad de replicación en otros contextos fronterizos.

Embarazo y anticoncepción.

La información estratégica disponible en América Latina sobre embarazo y anticoncepción en las poblaciones migrantes es insuficiente para sustentar la toma de decisiones adecuadas. Sólo en el caso de México, Argentina y Bolivia se generó información sobre estas condiciones de salud.

En México, con ayuda de las trabajadoras agrícolas migrantes, las trabajadoras sexuales y los migrantes en tránsito, fue posible estimar datos cuantitativos sobre estas áreas. De acuerdo con los resultados, las mujeres trabajadoras agrícolas, quienes constituyen una elevada proporción de los grupos étnicos provenientes de Guatemala, son las que menor probabilidad tienen de utilizar anticonceptivos; sólo un 5% de las encuestadas mencionó haber usado anticonceptivos al momento del estudio, y 11% de ellas estaban embarazadas. Esto contrasta con las mujeres migrantes en tránsito, de las cuales el 88% usaban anticonceptivos, y sólo el 6% estaban embarazadas. Se esperaba que las trabajadoras sexuales también usaran anticonceptivos en una alta proporción; sin embargo, no resultó ser así: sólo seis de cada diez usaban anticonceptivos al momento del estudio, y el 2% estaban embarazadas. Este perfil diferencial muestra la necesidad de brindar un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en los países de origen, sobre todo en aquellas regiones donde predominan los grupos étnicos que también son migrantes (Guatemala, Bolivia, Nicaragua, México).

En Argentina y Bolivia, la evidencia cualitativa manifiesta algunas de las expresiones de la falta de acceso a servicios, como pueden ser el embarazo en adolescentes, la alta prevalencia de embarazos no deseados, demanda insatisfecha de uso de anticonceptivos, pocas visitas de control prenatal y cuidados preventivos y casos de abortos en condiciones inseguras que ponen en riesgo la vida de las mujeres. Esto contrasta con el hecho de que en todos los países se documentó la existencia de políticas favorables para el acceso a los servicios de salud de las mujeres embarazadas. Un motivo de esta inconsisten-

cia es que a menudo los prejuicios que las estigmatizan debido a su condición de migrantes, aunados a otros factores culturales, les impiden demandar y hacer uso de estos servicios de salud.

Áreas de incidencia del proyecto.

Las condiciones de salud sexual y reproductiva en los diferentes grupos móviles y migrantes constituyen una expresión de la vulnerabilidad social que requiere de respuestas estructuradas a nivel contextual, como parte de una política de desarrollo social y de protección a los migrantes en un marco de promisión y de respeto a los derechos humanos. Asimismo, la presencia de actores de la sociedad civil y gubernamental juega un papel relevante para modificar las situaciones de riesgo que se generan en los contextos de vulnerabilidad.

Frente a este panorama, el proyecto ha contribuido al desarrollo de políticas, normas, programas, acciones, métodos, instrumentos y otros recursos para fortalecer las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales que participan en la respuesta a las necesidades de salud de los grupos móviles y migrantes. Las estrategias probadas pueden ser categorizadas en las siguientes áreas: abogacía e incidencia política, desarrollo y fortalecimiento de redes sociales, fortalecimiento técnico de capacidades institucionales y fortalecimiento de programas y acciones en salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los procesos de abogacía e incidencia política en los países participantes, se puede considerar que en la actualidad el tema de la migración se ha colocado en un alto nivel de visibilidad social y política, aun cuando en determinados sectores gubernamentales y sociales persisten la estigmatización y la discriminación contra los migrantes. El proyecto estimuló el desarrollo de instrumentos jurídico-legales que facilitan la acción social para la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de los migrantes. No obstante, la aplicación de éstos es aún limitada debido a la escasa capacidad de las organizaciones sociales para exigir su cumplimiento.

Por otra parte, la capacidad de las organizaciones sociales y gubernamentales para proveer servicios de salud adecuados y garantizar el acceso a los mismos de manera igualitaria tanto para los migrantes como para la población nativa es escasa; esta situación se hace patente en la utilización tardía de dichos servicios, lo que redunda en altos costos compartidos por la población afectada y las organizaciones gubernamentales y sociales. Consecuentemente, se llevaron a cabo numerosas reuniones a nivel local para el análisis y desarro-

llo de estrategias en el tema de salud sexual y reproductiva, con la intención de incidir en la mayor disponibilidad de recursos y en la implementación de acciones orientadas a facilitar el acceso a los servicios de salud.

Como parte de las estrategias para garantizar el ejercicio de derechos, la implementación de los planes y programas y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a nivel local e interfronterizo, se desarrollaron numerosas actividades para vincular organizaciones sociales y gubernamentales en un marco de atención a la salud sexual y reproductiva de grupos móviles y migrantes. Dichas redes tienen un carácter funcional que contribuye a optimizar el uso de los escasos recursos disponibles a nivel local, pero también constituyen un grupo social de interés con capacidad para desarrollar abogacía y tener incidencia en los procesos políticos relacionados con el tema.

La diversidad de las organizaciones gubernamentales y sociales que participaron en el proyecto y de los procesos que se iniciaron como parte de éste produjo resultados exitosos. Algunos de éstos se ven reflejados, en la Red Interinstitucional de Transparencia en materia de migración en la frontera norte de Costa Rica, la Red Interfronteriza para la atención salud sexual y reproductiva de migrantes en la frontera México-Guatemala y la Red Binacional de Trabajadoras Sexuales en la frontera entre Ecuador y Colombia. La funcionalidad de estas redes dependerá de los liderazgos, recursos, intereses, problemas y condiciones políticas que dan lugar a acciones conjuntas en favor de la población, respetando la individualidad de las organizaciones, las cuales constituyen el eje de sostenibilidad de las políticas y de exigibilidad de los derechos.

Por lo que respecta al fortalecimiento técnico de las capacidades institucionales, se llevaron a cabo numerosas capacitaciones en diversos temas sobre salud sexual y reproductiva, con la participación de organizaciones sociales, instituciones gubernamentales, agencias de cooperación técnica, entre otros actores. Los contenidos que se consideraron realmente novedosos no estuvieron relacionados necesariamente con el conocimiento y actualización de técnicas innovadoras y científicas en estos temas (las cuales son escasas) sino con la exposición de las vivencias y experiencias de los actores sociales y gubernamentales involucrados en la respuesta, mismas que pusieron en evidencia las necesidades que requieren ser atendidas. En este sentido, el proyecto contribuyó a reconocer la disponibilidad de diferentes profesionales con amplia experiencia en los temas y problemas relacionados con la migración y la salud sexual y reproductiva distribuidos en los diferentes países de América Latina. A partir de ello, el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) ha tomado la responsabilidad de organizar un espacio para el estudio

de la relación entre migración y salud, con la participación de diferentes actores sociales y gubernamentales de América Latina y El Caribe.

La Unidad de Estudios sobre Migración y Salud del INSP contribuirá al desarrollo de la investigación, la formación de recursos y la asistencia técnica como un medio para el fortalecimiento de la respuesta en América Latina. De esta forma, se recupera y se da sostenibilidad a la contribución del proyecto a los distintos planes y programas de salud sexual y reproductiva de los países donde se lo ha implementado.

Esta primera fase del proyecto sobre migración y salud sexual y reproductiva en cinco fronteras de América Latina ha contribuido a la generación de conocimiento. De igual manera, ha coadyuvado al desarrollo y fortalecimiento de políticas públicas y de formas de colaboración y cooperación entre instituciones sociales y gubernamentales a nivel nacional y binacional, como parte de una estrategia regional para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los grupos móviles y migrantes.

Este trabajo conjunto abre nuevos espacios de participación; asimismo ha permitido identificar nuevas necesidades y desarrollar nuevas capacidades institucionales que requieren ser dimensionadas a un mediano plazo, y a partir de él, la migración y la salud sexual y reproductiva se perciben como procesos dinámicos y cambiantes que requieren urgentemente de estrategias para modificar las condiciones actuales.

Referencias

1. Secretaría General Iberoamericana. II Foro Iberoamericano sobre Migración y desarrollo (Acuerdos). Madrid: SEGIB, 2010.
2. Delgado-Wise R, Márquez-Cobarrubias H, Puentes R. Elementos para replantear el debate sobre migración, desarrollo y derechos humanos [monografía en internet]. Zacatecas: Red Internacional de Migración y Desarrollo, 2010. [Consultado 2011 septiembre 26]. Disponible en: http://rimd.reduaz.mx/documentos_miembros/111DelgadoMarquezPuente22102010.pdf
3. Castillo M. Los flujos migratorios en la frontera sur de México. Amérique Latine Histoire et Mémoire / Les Cahiers ALHIM [serie en internet] 2001 [Consultado 2011 septiembre 26]; (2):[aprox. 27 pp.]. Disponible en: http://alhim.revues.org/index603.html

4. Betancour Z (ed.) Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, VIH/ Sida y Violencia Intrafamiliar en la provincia de Sucumbíos, Ecuador.
5. Ecuador: Sistema de Naciones Unidas / Gobierno del Canadá, sin fecha. Leyva R, Quintino F et al. Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2011. En prensa.

Fronteras y salud en América Latina:
Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva
Se terminó de imprimir en octubre de 2011.

La edición consta de 1000 ejemplares

El fenómeno migratorio se ha constituido en un elemento estructural de los países de América Latina relacionado con el desarrollo económico y social. Sin embargo, poco se ha indagado sobre cómo incide y condiciona la salud de los grupos móviles y migrantes directamente involucrados en el proceso, así como en la de aquellos que participan de forma indirecta en las comunidades de origen, tránsito y destino.

El contexto social en que ocurre el proceso migratorio en América Latina se encuentra marcado por profundas desigualdades que definen las condiciones de vulnerabilidad social de los diferentes grupos de población que toman la decisión de migrar, o que son expulsados debido a desastres naturales, razones económicas o entornos de violencia prevalentes en la mayoría de los países. Es sobre las mujeres, los jóvenes y los niños pertenecientes a grupos étnicos, con diferentes inserciones laborales, en áreas rurales y urbanas, en quienes se acentúan los efectos de la violencia sexual, el VIH y el embarazo adolescente, entre otros problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Este libro contiene una rica experiencia de respuesta social generada a partir de evidencias sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo el VIH-SIDA y la violencia sexual, en cinco fronteras de América Latina: Argentina-Bolivia, Colombia-Ecuador, Costa Rica-Nicaragua, Guatemala-México y República Dominicana-Haití.

Las contribuciones de los autores documentan los procesos y resultados relacionados con la capacidad de respuesta social para la prevención y el manejo de estos efectos en la salud como parte del desarrollo de una iniciativa regional para abordar la relación entre migración y salud sexual y reproductiva. Esta iniciativa considera el contexto social local para el desarrollo de una estrategia regional con participación de organizaciones de la sociedad civil, gobiernos y agencias de cooperación.

El apoyo técnico y financiero del UNFPA/AECID ha sido esencial para el desarrollo de la compleja experiencia sistematizada en este libro, la cual puede servir de referencia para el desarrollo de nuevas iniciativas en el campo de migración y salud.




Instituto Nacional de Salud Pública





